

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
GIOVANA FONSECA MADRUCCI

O LUTO, A DEPRESSÃO E A PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES DO OLHAR
PSICANALÍTICO ACERCA DO SOFRIMENTO DEPRESSIVO NA ATUALIDADE

CURITIBA

2019

GIOVANA FONSECA MADRUCCI

O LUTO, A DEPRESSÃO E A PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES DO OLHAR
PSICANALÍTICO ACERCA DO SOFRIMENTO DEPRESSIVO NA ATUALIDADE

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica, no
Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Setor de
Ciências Humanas, da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Virginia Filomena
Cremasco

CURITIBA
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELO SISTEMA DE BIBLIOTECAS/UFPR –
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS HUMANAS COM OS DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Fernanda Emanoéla Nogueira – CRB 9/1607

Madrucci, Giovana Fonseca

O luto, a depressão e a psicanálise : contribuições do olhar psicanalítico
acerca do sofrimento depressivo na atualidade. / Giovana Fonseca Madrucci.
– Curitiba, 2019.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas da
Universidade Federal do Paraná.

Orientadora : Prof^a. Dr^a. Maria Virginia Filomena Cremasco

1. Luto – Aspectos psicológicos. 2. Luto e depressão. 3. Luto e psicanálise.
4. Melancolia. 5. Narcisismo. I. Título.

CDD – 155.937

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **GIOVANA FONSECA MADRUCCI**, intitulada: **O LUTO, A DEPRESSÃO E A PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES DO OLHAR PSICANALÍTICO ACERCA DO SOFRIMENTO DEPRESSIVO NA ATUALIDADE**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 21 de Março de 2019.


JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS
Presidente da Banca Examinadora


PRISCILA FREHSE PEREIRA ROBERT
Avaliador Externo (UFPR)


DANIEL KUPERMANN
Avaliador Externo (USP)

ATA Nº 176


ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM PSICOLOGIA.


No dia vinte e um de março de dois mil e dezenove às 08:30 horas, na sala 208, Praça Santos Andrade 50 do Setor de SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS da Universidade Federal do Paraná, foram instalados os trabalhos de arguição da Mestranda **GIOVANA FONSECA MADRUCCI** para a Defesa Pública de sua Dissertação de Mestrado intitulada: **O LUTO, A DEPRESSÃO E A PSICANÁLISE: CONTRIBUIÇÕES DO OLHAR PSICANALÍTICO ACERCA DO SOFRIMENTO DEPRESSIVO NA ATUALIDADE**. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de PósGraduação em PSICOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS (UFPR), PRISCILA FREHSE PEREIRA ROBERT (UFPR), DANIEL KUPERMANN (USP). Dando início à sessão, a presidência passou a palavra a(o) discente, para que a mesma expusesse seu trabalho aos presentes. Em seguida, a presidência passou a palavra a cada um dos Examinadores, para suas respectivas arguições. A aluna respondeu a cada um dos arguidores. A presidência retomou a palavra para suas considerações finais. A Banca Examinadora, então, e, após a discussão de suas avaliações, decidiu-se pela aprovação da aluna. A Mestranda foi convidada a ingressar novamente na sala, bem como os demais assistentes, após o que a presidência fez a leitura do Parecer da Banca Examinadora. A aprovação no rito de defesa deverá ser homologada pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais do programa. A outorga do título de Mestre está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, **JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS**, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Observações: Atente-se para a relevância do tema para a psicopatologia contemporânea e a contribuição do método clínico utilizado para o programa de mestrado.

Curitiba, 21 de Março de 2019.


JOANNELIESE DE LUCAS FREITAS
Presidente da Banca Examinadora


PRISCILA FREHSE PEREIRA ROBERT
Avaliador Externo (UFPR)


DANIEL KUPERMANN
Avaliador Externo (USP)

AGRADECIMENTOS

À professora Maria Virginia por ter acreditado em meu trabalho, me orientado, ensinado e também instigado a dar o meu melhor durante todo o mestrado;

Ao meu amor Mauricio por todo o companheirismo, afeto, ajuda e compreensão no decorrer da realização desse trabalho;

Aos meus pais por todo o suporte e entendimento para que a realização deste sonho se tornasse possível;

Aos meus amigos André Valente e André Machado por todas as conversas, ajudas, discussões e suporte no decorrer de todo o processo;

À Priscila Frehse e à Regina Celebrone por aceitarem meu convite e pelos apontamentos tão importantes no exame de qualificação;

Ao Prof Daniel Kupermann pela disponibilidade em participar da minha banca;

À Marina Gomes pelas sugestões e observações pertinentes;

A todos os pacientes que eu atendi no decorrer da minha carreira que de uma forma ou de outra me inspiraram a realizar este estudo.

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade afastada de mim
Leva o teu olhar
Que a saudade é o pior tormento
É pior do que o esquecimento
É pior do que se entrevar*

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade exilada de mim
Leva os teus sinais
Que a saudade dói como um barco
Que aos poucos descreve um arco
E evita atracar no cais*

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade arrancada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu*

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade amputada de mim
Leva o que há de ti
Que a saudade dói latejada
É assim como uma fígada
No membro que já perdi*

*Oh, pedaço de mim
Oh, metade adorada de mim
Lava os olhos meus
Que a saudade é o pior castigo
E eu não quero levar comigo
A mortalha do amor
Adeus
(Pedaço de mim – Chico Buarque)*

RESUMO

A partir da experiência clínica da autora no âmbito da Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar de um hospital escola nos anos de 2013 a 2015 e da vivência no grupo de extensão e de pesquisa ‘O luto essas interfaces’ do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da UFPR nos anos de 2012, 2013 e 2016 e 2017, indagou-se a vivência de processos depressivos que ocorrem a partir do luto. Na atualidade, a depressão, seus estados e o luto têm sido ostensivamente patologizados e medicados pela conduta médica e social, questiona-se, assim, qual a contribuição da psicanálise para o entendimento do sofrimento vivido pelos sujeitos. O objetivo deste trabalho é analisar as especificidades dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto de acordo com a perspectiva teórico-metodológica da Psicanálise, questionando-se se as relações entre o luto e a depressão servem de argumento e contraposição à conduta adotada em relação ao sofrimento na pós-modernidade. Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica não sistemática acerca da história da melancolia e suas relações com o luto. Encontrou-se que Freud, autor precursor da psicanálise, lança mão de uma compreensão pioneira na qual a melancolia seria o luto não realizado de um objeto de escolha narcisista. Para possibilitar uma melhor imersão no tema, num segundo momento da revisão bibliográfica são trabalhados os aspectos psicodinâmicos relativos ao luto. Partindo do pressuposto que a especificidade do processo depressivo que decorre do trabalho de luto é um sofrimento de caráter narcísico, para que se pudesse chegar no objetivo proposto pelo trabalho, fez-se necessário a realização de um estudo empírico em que foi utilizado o método clínico psicanalítico, no qual pesquisa e clínica não se dissociam. Para tanto, foram feitas construções de caso a partir de dois atendimentos clínicos. Foi possível assim concluir que a especificidade dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto é o sofrimento narcísico, que diz respeito a como o psiquismo de cada um se estrutura e pode lidar ou não com a perda. O caso do paciente C nos mostra que o recuo depressivo que define sua posição subjetiva depressiva tem caráter narcisista e está submetido à relação do sujeito com os ideais. Já o caso da paciente I nos leva a demonstrar a importância do narcisismo no que tange aos mecanismos de defesa do Eu e a partir disto podemos discutir a melancolização que pode acompanhar trabalho de luto. Conclui-se com isso a importância de se dar um lugar de dignidade ao sofrimento de cada sujeito, sofrimento ligado às constituições narcísicas, sem normatizá-lo e sem retirá-lo de seu estatuto de unicidade, postura que se opõe à aceleração e imperativo de gozo da cultura capitalista.

Palavras-chave: Luto; Melancolia; Depressão; Narcisismo; Psicanálise.

ABSTRACT

From the clinical experience of the author within the scope of Multiprofessional Residency in Hospital Care in a school hospital in the years of 2013 to 2015 and of the experience in the extension and research group 'The mourning and its interfaces' of the Laboratory of Fundamental Psychopathology of UFPR in the years of 2012, 2013 and 2016 and 2017, it was inquired about the experience of depressive processes that occur from mourning. Currently, depression, its states and mourning have been ostensibly pathologized and medicated by medical and social conduct. It is questioned, therefore, what is the contribution of psychoanalysis to the understanding of the suffering experienced by the subjects. The present study was aimed at analyzing the specificities of the depressive processes resulting from the development of mourning according to the theoretical-methodological perspective of Psychoanalysis, questioning if the correlation between mourning and depression serve as an argument and contraposition to the adopted behavior regarding the suffering in postmodernity. Initially a non-systematic bibliographical research on the history of melancholy and its relations with mourning was carried out. It was found that Freud, the forerunner of psychoanalysis, uses a pioneering understanding in which melancholy would be the unfulfilled mourning of a narcissistic object of choice. To allow a better immersion in the subject, in a second moment of the bibliographical review, the psychodynamic aspects related to mourning are covered. Based on the assumption that the specificity of the depressive states that results from the process of mourning is a narcissistic suffering, in order to reach the objective proposed by this study, an empirical study was required in which the clinical method used was psychoanalytic, and research and clinical practice were conducted together.. To that end, case constructions were made from two clinical patients. It was thus possible to conclude that the specificity of the depressive processes resulting from mourning is a kind of narcissistic suffering, which concerns how the psyche of each one is structured and can or can not deal with loss. The case of patient C shows us that the depressive retreat that defines their depressive subjective position has a narcissistic character and is submitted to the relation of the subject with the ideals. The case of patient I, however, leads us to demonstrate the importance of narcissism regarding the defense mechanisms of the Self and this way it was possible to discuss the melancholy that can go along with the mourning. This study is therefore concluded with the importance of giving a place of dignity to the suffering of each subject, suffering that is linked to narcissistic constitutions, without normalizing it and without removing its singularity, a position that opposes the acceleration and imperative enjoyment of capitalist culture.

Keywords: Mourning; Melancholy; Depression; Narcissism; Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	MÉTODO	20
3	PERCURSO HISTÓRICO SOBRE A MELANCOLIA: DA ANTIGUIDADE À PÓS-MODERNIDADE.	27
3.1	BREVE RETOMADA HISTÓRICA SOBRE A COMPREENSÃO E O TRATAMENTO DA MELANCOLIA.....	28
3.2	A PÓS-MODERNIDADE: O DSM-5, AS MANIFESTAÇÕES DE SOFRIMENTO CONTEMPORÂNEAS E A PSICANÁLISE.....	34
3.3	O TRABALHO DE LUTO E SUAS RELAÇÕES COM A MELANCOLIA	41
4	C; 38 ANOS – INIBIÇÃO E RECUO DEPRESSIVO	49
4.1	A PSICODINÂMICA DA MELANCOLIA: ANGÚSTIA, SUPEREU E IDEAL DE EU.....	57
4.1.1	DA ANGÚSTIA À MELANCOLIA	61
4.1.2	O SUPEREU E SUA RELAÇÃO COM A MELANCOLIA E A DEPRESSÃO.....	66
4.2	ASPECTOS ESTRUTURAIS E PSICODINÂMICOS DA DEPRESSÃO.....	76
5	I; 66 ANOS – NARCISISMO E MELANCOLIZAÇÃO	80
5.1	RELAÇÕES ENTRE O NARCISISMO, O LUTO, A DEPRESSÃO E A MELANCOLIA	90
5.1.1	NARCISISMO E MELANCOLIA	94
5.1.2	PULSÃO DE MORTE, LUTO E MELANCOLIA	103
5.2	DISTINÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS ENTRE O LUTO, A DEPRESSÃO E A MELANCOLIA	106
6	CONCLUSÕES.....	112
	REFERÊNCIAS.....	118

INTRODUÇÃO

O enigma posto pela melancolia (o sofrimento intenso, a paixão e o pesar característicos) apresenta suas raízes desde os primórdios da medicina hipocrática e do saber da Antiguidade grega. Ao longo da história da humanidade, foi considerada por muito tempo como traço de caráter e personalidade associado a grandes homens públicos, o que a colocava muito ligada à genialidade e à criatividade. Na atualidade pós-moderna, o que se considerava como melancolia em momentos anteriores da história, aparece como sinônimo de depressão clínica ou de transtornos de humor de maneira geral (Peres, 2003), o que acabou por retirar da melancolia o status de característica da personalidade e da condição humana para a de doença. “Uma nova via ‘fisiopatológica’ começa a dominar as discussões sobre a etiopatogenia das doenças mentais, estendendo-se a todas as suas formas: a teoria neuro-humoral” (Vertzman, 1995, p. 85).

Dentre as transformações de pensamento e hipóteses para responder a este enigma que posta o melancólico, houve uma grande contribuição por parte de Sigmund Freud, precursor da teoria psicanalítica, em seu ensaio intitulado “Luto e Melancolia” de 1917. “O ensaio se apresenta de maneira original ao associar o estado melancólico ao processo de luto” (Radden, 2006, p.12). O aspecto fundamental do pensamento de Freud que estipula essa ligação entre o luto e a melancolia é que traços da melancolia (a tristeza, o pesar, a falta de energia para a vida e o desinteresse no mundo externo) são também encontradas no estado normal do luto. Com esta relação estabelecida, portanto, o luto acaba também entrando para o campo da psicopatologia.

De acordo com o Manual Diagnóstico mais importante da psiquiatria na atualidade, o DSM-5 (APA, 2014) o fenômeno do luto aparece em diversos contextos e associado a diversos transtornos situados no mesmo. Retomando o que foi dito anteriormente sobre a concepção de

doença mental na atualidade, a ideia difundida socialmente é a de que o prolongamento e constância da tristeza decorrente do trabalho de luto culmina ou se liga, portanto, à patologia. De acordo com o mesmo Manual, o processo de luto de um adulto deve durar no máximo 12 meses. Em caso contrário, é um luto considerado anormal, no qual existe a necessidade de ser tratado e/ou medicado.

Sendo assim, portanto, é perceptível que a ideia estabelecida é a de que sofrer muito e por muito tempo em decorrência de uma perda (seja qual for ela) ganha status de doença mental, ou seja, é algo ruim, anormal e precisa ser combatido/tratado. No contexto dos atendimentos clínicos, entretanto, essas diferenciações diagnósticas aparecem de forma muito sutil, muitas vezes inexistentes. De acordo com a visão da psicodinâmica proposta por Freud na teoria psicanalítica, o trabalho de luto se mostra sempre de maneira singular (ou seja, cada sujeito o vivencia de uma maneira), resistindo a normatizações. Isso demonstra a necessidade, portanto, de compreender o trabalho de luto e as manifestações de sofrimento decorrentes dele de uma maneira também singular.

As principais fontes inspiradoras para a realização do presente trabalho vêm da experiência da autora como psicóloga residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar do Hospital de Clínicas da UFPR nos anos de 2013 à 2015, na Área Cardiovascular como Eixo de Concentração e da participação no programa de pesquisa e de extensão do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF) do curso de Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), intitulado ‘O luto e suas interfaces’ nos anos de 2012, 2013, 2016 e 2017. A autora também participou do grupo de apoio a pessoas em luto “Amigos Solidários na Dor do Luto” como parte das atividades propostas pelo Laboratório¹. A partir das observações realizadas na participação do grupo e da prática clínica

¹ O grupo Amigos Solidários na Dor do Luto é um grupo de apoio ecumênico que atende a todas as religiões e classes sociais no qual é oferecido o apoio gratuito para quem esteja passando pela experiência do falecimento de um ente querido. Ocorre nas dependências da UFPR todas as semanas. Não tem vínculo institucional com a Universidade e é aberto ao público. O LPF passou a frequentar o grupo a convite da coordenadora do grupo.

da residência, surge o problema desta pesquisa, que são os processos depressivos decorrentes do trabalho de luto.

Voltemos, então, à experiência como psicóloga residente, na qual foi possível a elaboração das perguntas que inspiram este trabalho. O programa de residência dá a oportunidade ao psicólogo residente de ter o aprendizado em serviço a partir de entrevistas clínicas de orientação psicanalítica com pacientes internados e que se encontram em acompanhamento ambulatorial, bem como da inserção deste profissional numa equipe multidisciplinar em saúde onde há médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, etc. De acordo com o que se entende dentro do Serviço de Psicologia do hospital como atendimento psicológico – que pode ser atendimento de rotina ou pedido de consulta - dirigem-se as entrevistas com o paciente ambulatorial ou da internação falando livremente sobre o que lhe vier à cabeça. “O material com que se inicia o tratamento é, em geral, indiferente – a história da vida do paciente, ou a história de sua doença, ou suas lembranças de infância. Mas, em todos os casos, deve-se deixar que o paciente fale e ele deve ser livre para escolher em que ponto começará.” (Freud, 1913, p. 149). Em conclusão: realizam-se as entrevistas clínicas por meio da técnica da associação livre.

No decorrer de algum tempo, foi possível observar que ao deixar que o paciente pudesse falar sobre qualquer assunto que o estivesse preocupando ou passando por sua cabeça no momento, os temas mais frequentes eram os relativos a eventos do curso de sua história de vida: a perda de um parente ou pessoa próxima, alguma mudança significativa (como por exemplo de cidade ou emprego), dificuldades de relacionamento na família, dificuldades financeiras, separação conjugal, etc, sendo a internação também considerada como evento significativo de história de vida dado o momento de ruptura com o cotidiano e o adoecer do corpo do paciente.

A partir da enorme gama discursiva dos mais diversos tipos de sujeitos que a experiência prática como residente proporciona escutar, foi possível perceber que muitas vezes as perdas citadas pelos pacientes (que lhes causavam grande sofrimento) eram perdas que necessitavam da realização de um trabalho de luto; trabalho esse que muitas vezes não pôde ser realizado e por isso o sujeito ainda se mantinha em sofrimento. Esse sofrimento nascido a partir do trabalho de luto não realizado que ficou demonstrado durante as entrevistas/atendimentos tem, como conduta geral, o diagnóstico pela equipe médica e de saúde responsável pelo cuidado do paciente como “histórico de depressão” ou “transtorno de ansiedade”, e é medicado com antidepressivos e ansiolíticos, o que corrobora com a visão biologicista da pós-modernidade citada anteriormente. Ou seja, os processos depressivos que decorrem do luto ficam sujeitos a uma normatização.

Esta conduta de medicalização e patologização do sofrimento vai na direção oposta à compreensão de pathos proposta pela Psicopatologia Fundamental, fórum de discussões sobre o pathos humano que se utiliza principalmente da orientação psicanalítica, na qual se compreende que esse pathos opera como parte fundamental do desenvolvimento do psiquismo humano. Zuanella (2016) situa que o pathos atravessa a toda a condição humana e permeia todo o universo do ser, operando como um substrato de todas as ações e sentimentos, que desde a Antiguidade grega é apresentado como parte da condição humana.

A posição da Psicopatologia Fundamental, portanto, é outra; para que haja uma construção de um novo lugar para que o discurso sobre o sofrimento e a condição humana possam ser entendidos a própria palavra precisa ser repensada para conter essa posição – a psique, então, expande do mero psíquico para toda a expressão da condição humana; o pathos deixa de se referir à doença, ao distúrbio e ao mórbido, passando a ser entendido como paixão, assujeitamento e sofrimento (...). (Machado, Madrucci e Cremasco, 2017, p. 53)

Essa divergência de visão entre a conduta médica geral e a da teoria psicanalítica e da psicopatologia fundamental acerca deste mesmo fenômeno levou a alguns questionamentos e inquietações: o que está em jogo, portanto, no trabalho de luto que não se conclui? O que

obstaculiza sua realização? Qual a relação entre o luto e a depressão, já que supostamente aparecem associados? Como a teoria psicanalítica pode contribuir para a compreensão de tais processos e para um posicionamento onde se leve em consideração o protagonismo do sujeito na vivência de seu próprio sofrimento?

A observação prática ocorrida a partir da experiência clínica vivenciada dentro do programa de residência, do grupo de pesquisa da UFPR e da atuação profissional dentro da psicologia clínica permitiu concluir que nem todo processo de luto decorrente de uma perda significativa é possível de ser realizado e/ou concluído, pois esses sujeitos dos quais tratamos nesse trabalho não puderam realizar o trabalho de luto como descrito por Freud em Luto e Melancolia, na qual o Eu se liberaria para a vida após um período de pesar e resistência em reconfigurar os vínculos estabelecidos com o perdido.

Também foi possível observar que para algumas pessoas só o é após um tempo considerável de elaboração e reorganização psíquica. Um fator comum nesses casos é a inscrição de processos depressivos muito importantes, sendo eles instaurados após a perda ou até mesmo antes dela. A partir do conteúdo observado foi possível concluir que a dificuldade em desfazer ou reestabelecer os vínculos com o perdido e a manifestação depressiva decorrente do processo de luto diz respeito às capacidades e possibilidades subjetivas de cada indivíduo para lidar com a perda.

A definição psiquiátrica estabelecida no DSM-5 caracteriza a depressão como um transtorno do humor, cujas principais características são “a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.” (p. 155) cujo tratamento se dá com a prescrição de medicamentos receptores de serotonina e dopamina (mecanismo de ação dos ansiolíticos e antidepressivos mais clássicos). Já a psicanálise compreende a depressão como um posicionamento subjetivo na qual o sujeito abre mão de sua via desejante e fica à mercê da

angústia e do sentimento de vazio, sendo essa uma forma de defesa e de preservação do psiquismo desse sujeito. Entretanto, a compreensão psicodinâmica da psicanálise leva em conta que a constituição subjetiva se dá com base no estágio do narcisismo, que é ele o responsável pela autopreservação psíquica e pelos mecanismos de defesa de cada um. Portanto, para compreender os processos depressivos decorrentes do trabalho de luto é necessário ter em mente que o narcisismo tem papel crucial no que tange à posição subjetiva do sujeito na depressão.

Partindo da compreensão de que o protagonismo e a singularidade do sujeito também é crucial na vivência do luto, foi possível estabelecer uma relação entre o que foi observado na prática e a teoria da Psicanálise, que considera a constituição subjetiva (que aqui é compreendida como a capacidade do sujeito de lidar com as perdas sofridas no curso da vida) com base no estágio do Narcisismo, que a princípio pode ser conceituado como responsável pelos mecanismos de defesa, autopreservação e estruturação do psiquismo. “Em 1914, o termo entra definitivamente para o discurso psicanalítico, quando Freud (1914/1974) abre caminho para o entendimento do narcisismo como elemento constitutivo do amor-próprio e da autoestima e, portanto, destinado à autopreservação do sujeito e à formação dos laços sociais.” (Araujo, 2010, p. 79).

Pretende-se a partir deste fio condutor conceitual (o Narcisismo) traçar uma linha de pensamento onde seja possível estabelecer aproximações entre o que se entende por trabalho de luto e a reação depressiva decorrente do trabalho de luto. No Vocabulário de Psicanálise Laplanche e Pontalis (2008) encontra-se que é possível definir narcisismo como uma permanência de investimento libidinal no ego, ou melhor “uma estase da libido que nenhum investimento de objeto permite ultrapassar completamente” (pg 288). Sendo assim, a partir do que se encontra nas definições psicanalíticas de Narcisismo é possível inferir que este traço da constituição subjetiva está para além dos investimentos nos objetos de amor, é algo que diz

respeito à constituição do sujeito e determina como o psiquismo de cada um pode administrar os conflitos e perdas da vida.

Torna-se, portanto, indispensável delimitar a partir das definições pesquisadas que o narcisismo tem um papel fundamental na vivência do luto e da depressão segundo a psicodinâmica proposta pela psicanálise. Também fica evidente a importância de verificar esta relação na clínica, uma vez que a experiência do luto é vivida por um Eu que perde algo, mesmo que não necessariamente seja algo físico ou mesmo algo que pertença diretamente ao sujeito. Este sofrimento do Eu (neste trabalho, o sofrimento depressivo) pode ser analisado através do conceito de narcisismo e sua definição para a teoria psicanalítica e assim esclarecer a diferença de visão acerca do fenômeno depressivo da psicanálise e da psiquiatria.

A proposta deste trabalho é analisar as especificidades dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto de acordo com a perspectiva teórico-metodológica da Psicanálise, para que assim seja possível estabelecer relações entre o luto e a depressão que sirvam de argumento e contraposição à conduta adotada em relação ao sofrimento na pós-modernidade. Como objetivos secundários pretende-se estabelecer as distinções psicodinâmicas entre o trabalho de luto, a depressão e a melancolia e explorar o Narcisismo como o fio conceitual determinante para a compreensão de tais especificidades questionando-se como pode esclarecer o problema de pesquisa: qual a especificidade do sofrimento depressivo decorrente do trabalho de luto?

Essa pesquisa encontra sua relevância à medida que, embora haja publicações referentes aos temas do luto e da depressão de acordo com a perspectiva psicanalítica, os dados existentes acerca do aumento da prevalência da depressão, os desafios que o atendimento desses sujeitos no contexto da psicologia clínica impõem e a alta taxa de diagnósticos e medicalização da mesma apontam para a necessidade de ampliar a compreensão e o debate

(principalmente com o saber médico) a respeito de tais temáticas no contexto da universidade e da produção científica.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (2008), nos próximos anos a depressão será a doença mais incapacitante e a maior responsável pelo índice de afastamento do trabalho. Sendo assim, é necessário levar em consideração que este é também um problema de saúde pública e que acarreta em impacto econômico direto no sistema previdenciário do país. A partir da pesquisa realizada, espera-se que seja possível fornecer subsídios para a compreensão dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto. Os conteúdos encontrados poderão ser interpretados em seus aspectos simbólicos que remetem tanto ao aspecto mórbido quanto ao horizonte de possibilidades presentes nos mesmos.

A hipótese dessa pesquisa é a de que há um sofrimento de caráter narcísico que ocorre no trabalho de luto, cuja manifestação se dá na forma de processos depressivos e/ou melancólicos, sendo essas as características que mais o tornam evidentes e é daí que se torna importante esmiuçar a relação entre o narcisismo, a constituição subjetiva e o processo depressivo decorrente do luto. Seguindo a linha de pensamento proposta por esse trabalho, a depressão não seria, nesse contexto, da mesma ordem psicodinâmica que a melancolia, entretanto é possível visualizar uma interface entre elas, que seria o sofrimento de caráter narcísico manifestado na reação depressiva à perda.

Freud, Em 1917, ao discutir o luto e a melancolia estabelece que a melancolia tem como maior característica a escolha narcísista de objeto e seria isso que a distingue do luto tido como normal, portanto o narcisismo seria a grande contribuição da melancolia para a compreensão dos processos de luto com cunho mais crônico e patológico. É a partir desta compreensão mais aprofundada acerca do trabalho de luto que se estabelecem semelhanças e diferenças entre a melancolia e a depressão. Sendo assim, a partir da conexão que existe entre luto, depressão e melancolia no percurso histórico do pensamento psicanalítico, torna-se

necessário compreender os pormenores de cada um deles, para estabelecer semelhanças, distinções e definições no âmbito clínico.

O trabalho será composto por três capítulos. Inicia-se o debate proposto por este trabalho num primeiro capítulo teórico, no qual são tratadas questões relativas ao aspecto social do luto e da depressão. Também são trabalhadas no primeiro capítulo as transformações sofridas na compreensão do sujeito melancólico desde a antiguidade grega até a atualidade ou pós-modernidade, onde se pretende construir uma concepção do espaço social designado ao sofrimento humano e à depressão, para que assim a teoria psicodinâmica do aparelho psíquico da psicanálise possa oferecer uma visão singularizada acerca do sofrimento de cada sujeito. Também são abordadas no primeiro capítulo as definições acerca do trabalho de luto para a psicanálise, para assim estabelecer um contraponto entre a psicodinâmica psicanalítica e a visão da psiquiatria.

O momento seguinte do trabalho (onde se mostrará os resultados e haverá uma discussão dos dados obtidos) se dá com a descrição e construção de dois casos atendidos na clínica-escola da Universidade Federal do Paraná, o Centro de Psicologia Aplicada (CPA). Os sujeitos foram selecionados a partir da queixa de luto e depressão e foram atendidos pelo período dos anos de 2016, 2017 e 2018. Para a construção dos casos, serão descritos conteúdos surgidos nas sessões e as falas dos pacientes estarão descritas pela sigla (sic). Toda a construção de caso se dá a partir de conteúdos surgidos em atendimento na relação transferencial e contratransferencial, tão caros ao método psicanalítico. A partir destas construções de caso serão debatidos alguns aspectos teóricos que tenham relevância para a compreensão dos casos e a discussão com o tema proposto por esta pesquisa.

No segundo capítulo, então, é apresentado e discutido o caso do paciente C, cuja análise nos fornece os subsídios e a necessidade de discutir as questões relativas à metapsicologia da melancolia, a formação e o papel exercido pelo Supereu no que tange ao

sofrimento melancólico e do luto, bem como sistematizar os aspectos psicodinâmicos implicados no posicionamento subjetivo da depressão.

No terceiro capítulo apresenta-se o caso da paciente I, que nos traz a necessidade e dá os subsídios para discutirmos teoricamente a importância do narcisismo no que tange às defesas do Eu que entram em jogo no processo de luto. Para tanto inicialmente estabelecemos um debate teórico-clínico acerca das relações entre o luto, o narcisismo e a melancolia para que assim a partir da sistematização acerca da pulsão de morte possamos reiterar que o luto pode ser vivido como uma experiência traumática que exige que os mecanismos de defesa sejam postos em questão. Sendo assim, ao debatermos os mecanismos de defesa do Eu possibilitou-se a realização de distinções teórico-clínicas entre o luto, a melancolia e a depressão.

1 MÉTODO

O estudo realizado no presente trabalho é de teor qualitativo, e seu principal objetivo é analisar as especificidades dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto de acordo com a perspectiva teórico-metodológica da Psicanálise. Como objetivos secundários pretende-se estabelecer as distinções psicodinâmicas entre o trabalho de luto, a depressão e a melancolia e explorar o Narcisismo como o fio conceitual determinante para a compreensão de tais especificidades questionando-se como pode esclarecer o problema de pesquisa: qual a especificidade do sofrimento depressivo decorrente do trabalho de luto?

A pesquisa foi realizada a partir da realização atendimentos clínicos, apoiada nos pressupostos do método psicanalítico, no qual “Pesquisa e intervenção não estão (...) em campos distintos. Em pesquisas que envolvem tratamento psicanalítico, a aproximação dos dois termos é evidente” (Rosa, 2004, p 343). O método psicanalítico prevê, portanto, que ao mesmo tempo em que se investiga a história do sofrimento do sujeito também se realizam as intervenções necessárias à direção de tratamento. Os dados que surgem a partir da experiência clínica são soberanos e vem a priori da correlação com a teoria, portanto, com isso fica evidente a importância da realização de um estudo empírico.

No método psicanalítico, as linhas entre “pesquisador” e “objeto”, ou entre “teoria” e “sujeito”, não se articulam da mesma forma que nas outras ciências humanas e até mesmo outras psicologias: é imperativo que hajam transformações de todos os envolvidos na pesquisa e, portanto, quando buscamos avaliar a parcela de inconsciente num fenômeno humano qualquer, é necessário que haja consciência da influência que existe do nosso olhar naquilo que investigamos, não sendo possível excluir a subjetividade do pesquisador e os aspectos transferenciais que estão em jogo. A pesquisa com o método psicanalítico é, dessa forma, tanto um momento na história do “objeto” quanto na história do “pesquisador” (Figueiredo e Minerbo, 2006). “O olhar do psicanalista, que interpreta o fenômeno investigado fora de seu

campo habitual, é um olhar fora da rotina, que desopacifica o objeto, o faz ressurgir diferente, desconstruído, transformado” (p. 260), ou seja, infere-se portanto que o papel do analista pesquisador é tanto o de desvelar quanto transformar a subjetividade do sujeito que procura atendimento a partir das intervenções e colocações que ocorrem durante os atendimentos realizados.

Por questões didáticas, algumas etapas do estudo foram separadas, como por exemplo a coleta de dados e a construção teórica e análise dos dados. O projeto foi aprovado em 25/09/2017 pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFPR, sob o número CAAE: 68397917.9.0000.0102

ETAPA 1 – Revisão bibliográfica sobre a história da melancolia e o sofrimento na pós-modernidade e a definição de trabalho de luto de acordo com a teoria psicanalítica.

Na primeira etapa de construção desta pesquisa foi realizada uma revisão não sistemática de bibliografia acerca da temática de investigação proposta, apoiada em livros didáticos, revistas técnicas e artigos publicados em sites de pesquisa. Inicialmente, realizou-se uma ampla revisão de literatura acerca da história da melancolia (desde a Antiguidade até a pós-modernidade) para que assim fosse possível estabelecer distinções e aproximações entre a visão médica e a da psicanálise acerca do sofrimento (aqui, principalmente o sofrimento depressivo decorrente do trabalho de luto). Na sequência, foi tratado acerca do sofrimento na pós-modernidade e a construção social acerca do mesmo.

Essa primeira etapa tem por objetivo situar o leitor histórico-socialmente acerca dos temas propostos, para que assim seja possível tratar das questões psicodinâmicas específicas surgidas a partir dos atendimentos realizados como argumentos de contraposição à conduta social vigente acerca do sofrimento depressivo decorrente do trabalho de luto.

Ainda na primeira etapa teórica do estudo, num momento subsequente, pesquisou-se acerca das definições a respeito do que é o trabalho de luto de acordo com a teoria psicanalítica. Procurou-se estabelecer a visão psicanalítica acerca do fenômeno do luto para assim situar o leitor da concepção psicodinâmica do luto e também estabelecer relações de aproximação entre luto e melancolia. Somente após definir do que se trata o trabalho de luto para a psicanálise é possível estabelecer uma discussão acerca dos aspectos psicodinâmicos que se pretendem avaliar a partir dos atendimentos clínicos da etapa 2.

ETAPA 2 – Realização dos atendimentos e coleta de dados

2.1. Sujeitos: 2 pessoas inscritas para atendimento no Centro de Psicologia Aplicada com queixa de sofrimento a partir de processos de luto e depressão.

2.1.1. Como os sujeitos foram recrutados: O Centro de Psicologia Aplicada (CPA) que é um órgão do setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, locado no Departamento de Psicologia da UFPR oferece atendimento psicológico à comunidade. A pesquisadora desse projeto atendeu os sujeitos de pesquisa que surgiram a partir das inscrições no próprio CPA que foram encaminhadas a partir do grupo de apoio a pessoas em luto “Amigo Solidários na Dor do Luto (ASDL)”. Foram convidados 2 sujeitos cuja queixa inicial era de luto e depressão, que tivessem procurado atendimento no CPA e desejassem participar da pesquisa. Os sujeitos inscreveram-se voluntariamente para participação. A pesquisadora fez contato telefônico com os sujeitos para agendamento dos atendimentos.

2.2. Procedimentos durante a coleta de dados:

- a) Agendamento dos atendimentos
- b) Explicação dos objetivos da pesquisa enfatizando o compromisso de sigilo.
- c) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- d) Preenchimento do prontuário dos atendimentos.

Os registros das sessões não foram realizados por gravação em áudio e/ou vídeo, tendo sido feitos por meio de anotações nos prontuários individuais dos sujeitos da pesquisa. Não houve, portanto, a transcrição na íntegra do discurso do participante, mas na medida do possível buscou-se respeitar a literalidade deste discurso como um todo ou de parte dele. Vorcaro (2018) aponta que é na literalidade da narrativa escrita do caso que se pode reconhecer e distinguir o singular da clínica. Situa que o que analista grafa e apaga da clínica é o que entende como relevante ou não à construção do caso. Isso evidencia que o ato de escrever está regulado pela responsabilização quanto ao seu ato clínico.

Tais registros têm por objetivo ilustrar o objetivo geral dessa pesquisa, bem como os seus objetivos específicos. Os dados poderão ser comparados, apresentando similaridades e discrepâncias e foram submetidos à análise por meio do método clínico psicanalítico, considerando-se os fenômenos transferenciais e contra transferenciais como suprimidos para a compreensão da dor e do sofrimento de cada sujeito. Minerbo e Figueiredo apontam que são as “(...) relações transferenciais (e seus equivalentes) e contratransferenciais que dão a marca da singularidade ao que se descobre e ao que se inventa e cria em uma “pesquisa com o método psicanalítico” (p. 261).

ETAPA 3 – Construção de caso e discussão teórica

3.1 Construção de caso

A partir da construção de cada um dos casos atendidos, foi possível uma elaboração teórica que permitiu a construção de uma metapsicologia sobre a história do sujeito, sua psicodinâmica e as possíveis relações com o luto e a depressão. Segundo Moura e Nikos (2000), no método da construção de caso são utilizadas informações que são analisadas a partir da análise do processo transferencial e contratransferencial surgido em atendimento. Na análise realizada na construção de caso, dados a respeito do pesquisador são também tomados como

relevantes e é necessário considerar a subjetividade do analista no momento em que se consideram quais os aspectos que serão priorizados, impressões pessoais daquele que está na posição de pesquisador ou analista. Até mesmo os direcionamentos dados na condução do tratamento são decididos a partir de uma posição tomada pelo analista, e isso tem impacto direto naquilo que será descrito no momento da construção do caso.

É importante frisar também que não se pode deixar de lado a importância da supervisão como meio de estabelecer como a subjetividade do pesquisador se implica na maneira de “analisar” e “selecionar” os conteúdos que considera importantes para a construção de caso, onde é o “desenvolvimento da relação analítica, reconstruída na supervisão, que constrói o caso, e não uma teoria a ser ilustrada” (Oliveira e Tafuri, 2012, p. 844).

Oliveira e Tafuri (2012) também reiteram que a construção de caso só acontece *a posteriori* do período de tratamento e dos momentos de supervisão, como citado anteriormente para que seja possível a construção de uma narrativa ficcional do caso, ou melhor, a construção de uma história que possa ser analisada a partir do que foi colhido em atendimento. A análise final de todo o processo de atendimento dos sujeitos de pesquisa acaba por ser realizada apenas no final do período de pesquisa, pois é a partir daí que se torna possível um maior afastamento dos fenômenos transferenciais e contratransferenciais e uma análise mais meticulosa dos fatos relatados.

Quando falamos em construção estamos, então, no âmbito da escrita psicanalítica. Guimarães e Bento (2008) trazem um referencial didaticamente norteado por três diferentes momentos: a descrição da história da doença, a descrição da história de transferência do indivíduo durante o tratamento e a escrita da análise e interpretação dessa doença e história de vida. Durante a condução do atendimento, em seu âmbito terapêutico, essas esferas de trabalho e narração se confundem e se sobrepõem, tendo sido, portanto, tarefa do pesquisador trazer

uma coerência estrutural para o relato de forma que fosse possível que algum aspecto subjetivo se tornasse mais evidente para ser explorado.

O conteúdo colhido por meio da escuta e interpretado pela pesquisadora é da ordem de uma narrativa (construção e reconstrução tempo-espacial da história do sujeito por meio da fala dirigida ao analista), e, portanto, *páthica*, onde doença não se diferencia de sujeito ou subjetividade e só pode se experienciar através da narração de uma história de vida, onde o sofrimento vivido pelo excesso pode se transformar em experiência através da escuta atenciosa do pesquisador.

Dito isso, coube, portanto, à pesquisadora a escolha de qual aspecto dessa história de vida foi importante utilizar para “recorrer às teorias já construídas para confirmá-las ou refutá-las de acordo com os achados prévios no campo da clínica” (Guimarães e Bento, 2008, p. 96). Chegamos, aqui, no campo do estudo de caso propriamente dito, onde vemos o diálogo da subjetividade de um indivíduo, sujeito de seu *pathos*, intercalar-se com uma teoria viva que pode ser construída, refutada e reformulada conforme os achados da clínica.

Esse tempo é chamado por alguns autores de ensaio metapsicológico (Moura; Nikos, 2000), embora por outros ele não seja nomeado como tal. O que se preserva é a característica principal desse momento de servir ao trabalho de intersecção do individual e do coletivo, da clínica e do social, onde o *pathos* abre caminho para o *logos* que preserva em si essa sobreposição de tempos e sujeitos. Aqui nós chegamos naquilo que se configura como principal objetivo do trabalho teórico em psicanálise: “aquilo que mais precisamente se situa mais além da mera descrição do ‘*pathos*’ constitui o objeto da teorização psicanalítica, é a memória inconsciente.” (Laplanche e Pontalis, 1998, p.384 apud Guimarães e Bento 2008, p. 93).

3.2 Discussão acerca dos casos e construção teórica

A partir de cada um dos casos construídos foram selecionados tópicos relevantes à compreensão do caso para que na sequência fosse possível a realização de uma discussão teórica acerca de cada um deles. Cada caso conta com uma seleção de temas específicos que contribuem para a discussão proposta nessa pesquisa e a partir dos quais são construídos argumentos que respondem ao problema de pesquisa

2 PERCURSO HISTÓRICO SOBRE A MELANCOLIA: DA ANTIGUIDADE À PÓS-MODERNIDADE.

Segundo Santa Clara (2009), em todas as épocas da história da humanidade, a melancolia teve certo destaque, tendo sido grande geradora de estímulos para os mais diversos tipos de produção: artística, filosófica, diagnóstica (para que fosse possível também o tratamento), etc. De acordo com o autor, o sofrimento melancólico, cujas maiores características são a tristeza, o abatimento e desânimo para a vida e o sentimento de culpa, percorreu mais de 2 mil anos na história da humanidade, sendo sempre considerado como uma espécie de enigma a ser decifrado. Percebe-se, portanto, que a melancolia sempre instigou e fomentou a necessidade de investigá-la, compreendê-la e até mesmo tratá-la devido ao seu caráter de excesso e intensidade.

Nos mais diversos momentos históricos da humanidade existiu a necessidade de “tratar” do adoecer tanto do corpo quanto da mente, e com o sofrimento decorrente da melancolia não aconteceu de forma diferente. Historicamente, de uma concepção que a colocava como um traço de caráter muito ligado às capacidades artísticas e à genialidade, ela passa a uma outra: loucura ou doença, ou seja, acaba se transformando em uma patologia que necessita ser tratada. Nos dias atuais, ao invés de falarmos em “melancolia”, muito falamos em “depressão” e “transtorno bipolar”, que possuem características comuns com a melancolia (como o abatimento e a tristeza, dentre outros) que por suas características comuns podem ser consideradas nomenclaturas atuais do que antigamente se tratava por melancolia. Depressão e transtorno bipolar são diagnósticos que estão cada vez mais difundidos socialmente.

Muitas vezes estes diagnósticos aparecem correlacionados ao trabalho de luto, que é um outro assunto que instiga necessidade de compreensão e tratamento por parte dos profissionais da área da psi. Tais manifestações de sofrimento são também muito medicadas pelo ramo da psiquiatria, a maior detentora do saber psicológico no campo da medicina. “O

recurso ao tratamento farmacológico como único modo de enfrentar as diversas manifestações da dor de viver é alarmante(...)” (Kehl, 2009, p. 51). A sequência proposta por este primeiro capítulo do trabalho engendra a reflexão a respeito de como têm sido tratadas socialmente as questões relativas ao sofrimento depressivo e/ou melancólico e como isso se reflete na sociedade atual, tendo como principal fonte argumentativa a psicodinâmica proposta pelo pensamento psicanalítico, na qual é possível avaliar o impacto da estrutura social na vivência singular do sofrimento de cada sujeito.

Para que seja possível estabelecer uma compreensão histórica a respeito da concepção acerca da melancolia e as relações que podem ser estabelecidas com o que chamamos de “depressão” e com o processo luto na contemporaneidade, nas linhas subsequentes será explicitado e historicizado como foi compreendida e tratada a melancolia em cada momento da história da humanidade - desde a Antiguidade grega até a era da pós-modernidade, onde aparece como um diagnóstico que além de ser muito recorrente é também associado ao processo de luto no DSM-5, o manual de psiquiatria mais atual e mais utilizado no meio médico e da saúde. Ao final da revisão teórica será explicitada a compreensão psicodinâmica da psicanálise no que tange ao trabalho de luto.

2.1 BREVE RETOMADA HISTÓRICA SOBRE A COMPREENSÃO E O TRATAMENTO DA MELANCOLIA

Segundo Cordás e Emilio (2017), aspectos ligados à história e à construção do saber da psiquiatria e da doença mental como são tratadas no contexto da atualidade são provenientes de períodos anteriores à civilização e à mitologia grega. Os autores pontuam que é possível encontrar em ambas a origem do nome de muitas síndromes e transtornos existentes no campo da medicina (aqui especialmente da psiquiatria) nos dias de hoje. Pontuam também que a noção que foi construída a partir da mitologia grega é a de que todo tipo de adoecimento mental

(inclusive a melancolia - tema que está sendo abordado neste trabalho) era proveniente de algum tipo de castigo ou punição dos deuses.

Essa noção de que a ‘loucura’ (ou seja, um estado mental/emocional diferente do que se tinha por ‘comportamento padrão’ para a época) era advinda de castigo ou punição divina perdurou por muito tempo para os gregos, o que engendra à melancolia um caráter *páthico* cosmológico, onde o sofrimento era também parte do arranjo cósmico do destino, um amor *fati* que englobava tanto traços individuais quanto coisas que aconteciam no curso de vida de um indivíduo. É a partir do surgimento da medicina Hipocrática (que elege o cérebro como centro das funções mentais e não mais o coração, como postulava Aristóteles) que vai sendo construída uma nova concepção a respeito dos transtornos mentais, principalmente a melancolia.

Segundo Radden (2006), de acordo com a noção de Hipócrates acerca da melancolia, a mesma teria origem em duas palavras gregas: melas (preto) e khole (bile). A autora explica ainda que, para o pensamento grego, a explicação para os humores era proveniente do arranjo cósmico entre quatro elementos (terra, ar, fogo e água) e a partir dessa visão científico-cosmológica a saúde era então concebida como uma relação equilibrada entre quatro humores, fluidos ou substâncias presentes no corpo humano: sangue, fleuma, bile negra e bile amarela. A variação nestes humores explicaria a oscilação normal de temperamento de uma pessoa para outra, bem como estados de saúde ou doença em uma determinada pessoa. De acordo com Peres (2003), Hipócrates afirmou que a causa principal para a melancolia se trataria, portanto, de uma intoxicação do cérebro pela “bile negra”.

Assim, é possível visualizar que anteriormente, a visão sobre a melancolia tinha foco na variação ou constância do humor, cuja explicação tinha um tom cosmológico e atrelado à noção de destino. Peres (2003) situa que é possível inferir, portanto, que com as ideias de Hipócrates e sua teoria dos humores (século IV a.C.) a concepção de doença mental deixa de

ser vista como originada do sobrenatural e passa a ser pensada como um desequilíbrio nos humores e no corpo. Santa Clara (2006) reitera que a importância desta teoria se situa como um marco na história, pois retira da doença mental seu estatuto sagrado e a coloca sobre uma base física ou corporal, onde há influências que também partem do concreto. Segundo Cordás e Emilio (2017), o que se propunha como intervenção para este tipo de adoecimento nessa época era a partir da alimentação (consumir ou não determinados tipos de alimentos, por exemplo) e do uso de diversas ervas.

Após um longo período onde a ciência grega predominou como saber vigente, o mundo passou por um período longo de domínio da igreja católica na Idade Média. Santa Clara (2006) pontua que a partir da ascensão e do predomínio das concepções religiosas nesse período da história, a explicação a respeito da melancolia sofre uma alteração. “O mundo ocidental mergulha, então, em uma nosologia que abandona os órgãos, humores e o saber científico iniciado pela civilização grega e passa a se basear na culpa, no pecado, nas bruxas e em todas as formas que o demônio pudesse assumir” (Cordás e Emilio, 2017, p. 62).

Aos olhos da moral da igreja católica (a moral predominante) o indivíduo melancólico era visto como estando afastado de Deus ou adoecido da alma. A partir disso, não somente a melancolia, mas qualquer tipo de perda da razão ou adoecimento mental era vista como um pecado, já que sua presença era sinal de punição ou ausência de Deus (Santa Clara, 2006). Com essa noção de que não havia diferença entre os “pecadores” e os “doentes mentais”, a punição proposta pela inquisição para ambos era praticamente a mesma: o exorcismo ou o extermínio. Não se pretendia tratar e nem compreender essa parcela da população, apenas punir e dar o destino supostamente designado por Deus.

Na sequência deste longo período de domínio da igreja católica na Idade Média, o século XVIII é caracterizado pelo fato de o dogmatismo religioso ir sendo superado, principalmente em função da ascensão do racionalismo proposto pelo Iluminismo e pelo

surgimento da burguesia como classe dominante socialmente. Aos poucos a postura cientificista-cosmológica que existia desde Antiguidade grega vai voltando a ser importante para a sociedade ocidental. De acordo com Peres (2003), é no final do século XVIII e início do século XIX que o médico Philippe Pinel inicia um movimento de agrupar os sintomas em síndromes (metodologia diagnóstica utilizada pela medicina até os tempos atuais, que são tidas como um conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos). A melancolia, nessa época, passa então a ser definida para o saber médico “um delírio dirigido exclusivamente a um objeto ou uma série particular de objetos, com abatimento, morosidade e mais ou menos inclinando-se ao desespero”. (Peres, 2003, pg. 17), e sua análise ficando cada vez mais dirigida para características tais como: solidão, tristeza, amargura, etc.

Cordás e Emilio (2017) apontam que é no início do século XIX que o termo depressão passa a aparecer mais intensamente no linguajar da medicina. Apontam também que é com essa construção realizada por Pinel se propõe a reavaliar a “loucura” dando cada vez mais voz a este “louco” que sofre, numa tentativa de humanizá-lo – lembrado que este trabalho trata por “louco” aquele cujo comportamento não se adequa ao padrão social estipulado. Há uma espécie de retorno, então, à noção Aristotélica da aproximação entre o gênio e a loucura, o poeta e a melancolia. Apesar disso, a história vai se encarregando de dar outros caminhos para o entendimento do melancólico.

Os autores reiteram que é no mesmo século XIX que há uma mudança real no conceito de melancolia e o surgimento do termo “depressão” no sentido utilizado atualmente pela medicina, onde se diferencia claramente a depressão do transtorno bipolar, por terem algumas diferenças estruturais importantes entre si.

O transtorno bipolar e transtornos relacionados são separados dos transtornos depressivos no DSM-5 e colocados entre os capítulos sobre transtornos do espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos e transtornos depressivos em virtude do

reconhecimento de seu lugar como uma ponte entre as duas classes diagnósticas em termos de sintomatologia, história familiar e genética. (APA, 2013, p. 123)

Cordás e Emilio também referem que é Esquirol, sucessor de Pinel dentro da história da psiquiatria, que contribui para que definições mais claras entre as proximidades e as diferenças entre a doença depressiva (unipolar) e a psicose maníaco-depressiva (atualmente denominado transtorno afetivo bipolar) sejam postuladas e utilizadas. Ele institui a primeira divisão entre os transtornos de humor e os transtornos de juízo, herança importantíssima para a psiquiatria da atualidade, como pontuado acima. Distingue em definitivo, portanto, melancolia (ou psicose maníaco-depressiva) de depressão, tendo cada uma delas características particulares e específicas.

As distinções de ambas em termos psicodinâmicos serão apresentadas num segundo momento, neste mesmo trabalho, onde o foco será nesse aspecto, sendo possível adiantar que o depressivo e o melancólico são diferentes em termos psicodinâmicos, mas em termos fenomenológicos existem muitas semelhanças. O que os distingue no campo fenomenológico é que no depressivo há um abatimento acompanhado de uma falta de vontade de viver e falta de sentido na vida, no qual o sujeito abre mão de sua via desejante na vida, entretanto ele tem um registro de alteridade. Já o melancólico tem como sua característica principal a auto recriminação e a autocrítica extremamente severas, que não o diferenciam com clareza do outro e dificultam sua relação com a alteridade.

Peres (2003) afirma que é no século XIX que se encerra definitivamente a teoria dos humores como a principal teoria para a compreensão da melancolia, e a mesma transforma-se numa questão a ser estudada pela medicina (que agora atua nos moldes do positivismo). Com a ascensão cada vez maior dessa nova ordem social, o conhecimento médico-científico passa a ser o mais valorizado e considerado, portanto as explicações científicas e de base médica vão ganhando cada vez mais força. Com a ascensão do conhecimento médico-científico, portanto,

a doença mental é tratada como patologia orgânica do cérebro que deve ser tratada e sanada (Santa Clara, 2006).

Peres (2003) pontua que o declínio cada vez maior da ideia de uma característica sublime atribuída à melancolia é firmado pela sistematização cada vez maior e mais específica da psiquiatria, que tem Emil Kraepelin como uma figura de grande importância. Sua importância se dá pois foi ele quem sistematizou o primeiro compêndio de psiquiatria e instituiu a definitiva distinção da melancolia (como sendo um transtorno de humor) e da demência precoce (muito estudada por Freud no início das suas pesquisas, na época tida como um tipo de enlouquecimento).

Cordás & Emilio (2017) situam que a conduta e tratamento vigentes nesse período quanto à doença mental foi de caráter bastante higienista: “(...) todos aqueles que não se encaixam no padrão de vida e na conduta burguesa são classificados e denominados degenerados. Prisões e manicômios são inaugurados nesse período para reclusão desses marginais(...)” (pg. 136), o que reafirma a percepção que desde muito antigamente o ‘louco’ não se adequa socialmente e deve ser excluído e/ou consertado para entrar nos padrões vigentes.

De acordo com Peres (2003) é no final do século XIX que se inicia um movimento onde alguns tipos de adoecimento (principalmente mental) encontram uma nova causalidade: a causalidade social, distante dos padrões tradicionais da medicina onde a noção vigente era: causa orgânica/corporal □ adoecer. “Um acontecimento (de cunho social) que gere uma reação patológica pode assumir a dimensão de um trauma e ser o fator desencadeante.” (p. 19). A compreensão psicanalítica vai de encontro à essa concepção social para explicar os mais diversos tipos de adoecer.

É com o surgimento das pesquisas clínicas que originaram a psicanálise, portanto, que se tem uma nova concepção a respeito do sofrimento humano e da melancolia. Radden (2006)

situa que dentre as transformações e hipóteses para responder ao enigma que impôs o melancólico nas mais diversas épocas da humanidade, a contribuição de Freud – precursor da teoria psicanalítica – foi original e inovadora. O mesmo, a partir de suas constatações escreveu o ensaio intitulado “Luto e Melancolia” de 1917 e apresenta uma compreensão acerca do tema até então pouco colocada para reflexão: estabelece uma ligação entre o estado melancólico e o luto (p.12). A partir da reflexão sobre o afeto instaurado no processo de luto, o autor estabelece semelhanças e relaciona a melancolia ao luto não realizado de um objeto inconsciente.

Para dar conta de uma sequência de pensamento que se faça didática e compreensível, nas linhas seguintes, como um segundo momento de uma construção histórica acerca da compreensão social a respeito da melancolia realizada neste mesmo capítulo e também para que seja possível um maior entendimento acerca de como a teoria psicanalítica de Sigmund Freud contribui para a compreensão da psicodinâmica da melancolia e da depressão, serão debatidos alguns aspectos sociais relacionados ao sofrimento e ao mal-estar pós-moderno. Também será explicitado de que forma isso se relaciona com o alto índice de diagnósticos de depressão e transtorno bipolar que se tem atualmente e a alta medicalização deste tipo de sofrimento – no caso a forma como os processos de depressão e de luto tem sido conduzidos pela conduta médica/da psiquiatria e qual a contribuição a psicanálise pode trazer para a compreensão desses fenômenos sociais.

2.2 A PÓS-MODERNIDADE: O DSM-5, AS MANIFESTAÇÕES DE SOFRIMENTO CONTEMPORÂNEAS E A PSICANÁLISE

Para os autores da Psicopatologia Fundamental Manoel Berlink e Pierre Fedidà (2000) – fórum de discussões acerca do sofrimento humano onde do foco está no *pathos* como base fundante do psiquismo humano - contemporaneamente, o que era denominado como “melancolia” na Antiguidade e na Modernidade passa a ser denominado como “depressão”. Os

autores (2000) situam que a não distinção entre ambas (melancolia e depressão) acaba inclusive sendo causa de grandes dificuldades em se estabelecer critérios psicodiagnósticos específicos para cada uma das manifestações clínicas. De acordo com Lima, Ricarte, Filho e Ponte (2015), “a multiplicidade de categorias psicopatológicas contribui para a confusão entre os diagnósticos mentais e os problemas existenciais típicos da vida cotidiana.” (pág. 2), o que torna alguns sentimentos comuns e até mesmo naturais critérios para estabelecimento de uma “psicopatologia”.

Dentre as várias transformações que a concepção acerca da melancolia sofreu durante a história da humanidade, é a partir da concepção da psicanálise de Sigmund Freud que o trabalho de luto aparece associado ao estado melancólico (Radden, 2006, p.12). Neste primeiro momento, iremos tratar da concepção da psiquiatria. Atualmente, no DSM-5 (APA, 2014), o luto aparece sob diversas formas, critérios e associado a diversos transtornos (como por exemplo os transtornos de ansiedade, transtornos de adaptação e transtornos relacionados a eventos traumáticos). Além disso, no DSM-5 ainda temos o luto dito “anormal” e “não realizado” classificado como Transtorno do Luto Complexo Persistente. É classificado nas “Outras Condições que Podem ser Foco da Atenção Clínica” quando se trata de, segundo o mesmo Manual, um “Luto sem complicações”. Ganha, nesse contexto, forma de afeto que atravessa outras condições clínicas da psiquiatria.

Já o Transtorno do Luto Complexo Persistente é diagnosticado se ao menos 12 meses (seis meses em crianças) se passaram desde a morte de alguém com quem o indivíduo enlutado tinha um relacionamento próximo, e partir disso então fica situado no plano patológico e precisa ser medicado e tratado. No manual, aponta-se que o luto persistente, a depressão maior e a distímia compartilham o sentimento de tristeza, desânimo, choro e pensamento suicida. No luto, a tristeza é caracterizada por um foco maior na perda sofrida pelo indivíduo. Segundo a visão do manual, também, o luto que se torna persistente pode vir a se caracterizar como doença

mental pode também vir a se tornar um episódio de depressão maior. Sendo assim, a visão da psiquiatria é a de que o luto pode ser considerado como um tipo de afeto que atravessa e pode estar conectado aos estados patológicos melancólicos e depressivos.

A conduta médica e social mais comum no que tange a tais manifestações clínicas é o tratamento pela medicalização. A incidência de pessoas que tomam antidepressivos e outros tipos de psicotrópicos aumenta cada vez mais e seu uso fica cada vez mais comum socialmente. Kehl (2009) situa que diante da demanda de gozo cada vez maior na sociedade capitalista contemporânea, as soluções que colocam o sujeito nas rédeas da imposição da produtividade e do consumo impostas pelo capitalismo (como por exemplo a medicalização do sofrimento e o imperativo de gozar) são cada vez mais o recurso utilizado para a resolução do mal-estar de viver.

É bastante frequente pacientes que chegam aos consultórios de psiquiatras, psicólogos e/ou psicanalistas já dizendo que são “depressivos” ou “bipolares” e até mesmo dizendo que fazem uso de medicação psiquiátrica, isso quando não recorrem à medicação em momentos pontuais de crise, como o próprio luto ou situações de cunho potencialmente traumático e que geram sofrimento. “Assim, diante do esvaziamento da relação médico-paciente, os clínicos medicam os pacientes com os mais diversos tipos de psicotrópicos e antidepressivos. As dores e os sofrimentos dos pacientes são assim medicalizados ostensivamente” (Birman, 2014, p. 87).

Szasz (1994) explicita que os comportamentos “desajustados socialmente”, como o luto muito prolongado, por exemplo - que aparece na categoria “Luto Sem Complicações” do DSM-5 (APA, 2014) - possuem conotação de patologia e quase sempre acabam por excluir o protagonismo do sujeito que os vivencia. A culpa e a responsabilidade do comportamento do indivíduo, portanto, seria de uma força externa da natureza, ou seja, a doença mental, o que nos leva a ver uma certa semelhança com a conduta da Antiguidade. Sendo assim, não há a

implicação e nem tampouco a responsabilização do sujeito quanto ao seu próprio comportamento e/ou sofrimento, afastando-o e alienando-o daquilo que ele mesmo experiencia.

Isso tem como efeito prático uma alta medicalização do sujeito enlutado, de forma que sofrer por um luto muito prolongado logo se transforma socialmente em “depressão” ou outro tipo de transtorno mental, desimplicando e normatizando o sujeito na vivência de seu próprio sofrimento. De acordo com Lefèvre (1983) qualquer comportamento ou sofrimento que fuja daquilo que se institui como padrão socialmente adequado, inclusive estético, constitui algo insuportável para os indivíduos contemporâneos. Entretanto, existe a solução mágica na ponta dos dedos: os comprimidos. Ou seja, de acordo com a norma social vigente, o luto também deve ser medicado e não deve durar muito tempo (no caso do que é estipulado pelo DSM-5, para que deva ser medicado o luto deve estar em duração de mais de 2 semanas) pois é necessário o retorno à produtividade e ao consumo (sinônimo de gozo, neste caso).

Também é possível visualizar que com isso, é tirado de cena o protagonismo do sujeito na vivência do seu próprio luto, ou melhor, que não se leva em consideração que cada sujeito o vivencia de uma maneira particular – visão distinta da que é proposta pela psicanálise e pela psicopatologia fundamental, que entendem que o protagonismo do sujeito é determinante e de crucial importância na forma como ele se conduz perante os conflitos da vida e perante o outro.

Maria Rita Kehl (2009) situa que “Os depressivos, cujo número parece aumentar na proporção direta dos imperativos de felicidade, são incômodos na medida em que questionam esse projeto.” (p 103). Para a autora, o incômodo causado pelo depressivo na atualidade tem parentesco próximo com o incômodo que causava o melancólico em épocas anteriores da humanidade, ou melhor, o incômodo é que essas pessoas não se enquadram no que é imposto pelo padrão social vigente, gerando mal-estar

O autor Zygmunt Bauman, no livro “O mal-estar da pós-modernidade” (1925), afirma que o mal-estar que acomete o sujeito pós-moderno possui uma característica específica principal: um forte sentimento de insegurança. De acordo com o autor, isso ocorre em detrimento do sentimento de anseio por liberdade da era anterior, a da modernidade. O autor reitera que “(...) os ganhos e as perdas mudaram de lugar: os homens e as mulheres pós-modernos trocaram um quinhão de suas possibilidades de segurança por um quinhão de felicidade.” (p. 10), sendo que a grande liberdade adquirida na procura do prazer e da felicidade pós-moderna suportaria uma segurança individual demasiadamente pequena como uma de suas principais consequências.

Segundo o autor, na era pós-moderna, a grande liberdade e flexibilização adquiridas para a procura individual pelo prazer e pela felicidade e o grande caráter de transitoriedade e o medo de perda iminente que a cultura do capitalismo impõe aos sujeitos deixam esse mal-estar como herança, que seria um sentimento generalizado de insegurança. Para Bauman (1925), esse sentimento gera muitas condutas sociais como por exemplo:

1) o higienismo implícito em muitos movimentos sociais (que pode ser exemplificado pelo movimento do neonazismo, por exemplo, que não tolera a diferença e acredita na superioridade ariana e pela alta medicalização da doença mental citada anteriormente, que estipula comportamentos e condutas normatizadas, dentre outras),

2) o narcisismo exacerbado (neste caso a visão senso comum do narcisismo como egoísmo, que pode ser entendido também como um mecanismo de defesa frente à realidade cada vez mais incerta e precarizada e tem como seu maior fruto a sociedade do espetáculo, na qual umas das consequências é a utilização cada vez mais exacerbada das redes sociais e afins e o surgimento de profissões relacionadas a isso, inclusive),

3) a tendência a anular e aniquilar o que é estranho e/ou diferente (exemplificado pelos mais inúmeros atos de violência que se vê diariamente nos noticiários),

4) o sentimento constante de incerteza e perda iminente (gerado pela angústia de que amanhã tudo o que se tem hoje pode ser perdido ou pode ser diferente).

Em conclusão, o narcisismo neste contexto social está associado a uma forma de defesa do sujeito e à emergência daquilo que hoje se entende como consumo de estilos de vida, último aspecto de controle e liberdade disponível a esse sujeito. Como consequência, a organização social pós-moderna tem nesse sentimento generalizado de insegurança uma forma peculiar de sofrimento e/ou mal-estar e isso desemboca em manifestações de sofrimentos também específicas da era pós-moderna que dizem mais respeito a um mecanismo de autopreservação psíquica do que a outra coisa, como por exemplo as compulsões, as toxicomanias, o cultivo excessivo do corpo, etc.

O mal-estar descrito como contemporâneo aparece de modo distinto daquele descrito por Freud (Birman, 2014), onde o mal-estar condição da civilização moderna era caracterizada por um compromisso entre a liberdade individual e a necessidade de restrições a essa como aspecto central da cultura. Para Birman (2014), o mal-estar na contemporaneidade se dá de modo diferente, uma vez que esse sujeito contemporâneo acaba por expressar seu mal-estar, portanto, de uma forma em que fica visível que existe uma impossibilidade de simbolização do excesso psíquico que toma conta desse sujeito por muitas vezes. A maior liberdade de expressão contemporânea – que é inclusive muito volátil - acabou por relativizar a figura de normatização e direção dos excessos psíquicos, o que acaba por deixar o sujeito sem condições de simbolização da mesma e isso altera as formas de expressão do mal-estar.

De acordo com o autor, tal fato coloca, então, o sujeito à mercê da angústia e desamparo puros, sem recursos para simbolização e construção de uma narrativa. “No lugar das antigas modalidades de sofrimento centradas no conflito psíquico, nos quais se opunham os imperativos das pulsões e os das interdições morais, o mal-estar se evidencia agora como dor, inscrevendo-se nos registros do corpo, da ação e das intensidades” (p. 65). Sendo assim,

todos os tipos de manifestação de sofrimento contemporâneas (compulsões, transtornos de humor, toxicomanias, dentre outros) se tornam manifestações de dor pura e adquirem caráter de passagem ao ato, ou seja, são manifestações estereotipadas e repetitivas de escoamento de excessos psíquicos em função de um afeto ou ideia – aqui no caso, do plano do inconsciente - que não encontraram uma forma simbólica de direcionamento e acabam por pedir que seu excesso se dirija ao plano externo de uma maneira difusa e desorganizada.

O autor (2014) situa, assim, o sofrimento depressivo no registro do que ele se refere como das intensidades. “(...) no que concerne à depressão hoje, não é a culpa que se encontra inscrita na cena principal das narrativas psicopatológica e psicanalítica, mas o vazio. É esse o signo por excelência da depressão na contemporaneidade” (p. 120). O que se pode visualizar, portanto é que a culpa, antes muito importante no quadro clínico da melancolia, dá lugar a esse vazio existencial que deixa os sentimentos de impotência e apatia evidentes no sujeito, sendo a depressão também uma forma de expressão do excesso psíquico que surge em função do luto, outro tema abordado neste trabalho.

Sendo assim, pode-se concluir a partir do que foi exposto acerca do pensamento de Bauman (1925) e de Birman (2014) que é necessário um retorno ao narcisismo que a psicanálise situa como característico do humano (aquele responsável pela defesa e autopreservação do sujeito) em função da aceleração, da insegurança e da exigência de produtividade e de consumo do capitalismo. Não havendo recursos externos constantes e seguros para o sujeito, o sujeito não tem para onde direcionar a angústia, o que tem como consequência clínica as novas formas de sofrimento (neste caso, narcísicas) da contemporaneidade como a depressão, as compulsões, as passagens ao ato numa direção de violência, etc.

Essas formas de expressão do sofrimento contemporâneas (neste trabalho, principalmente os processos depressivos decorrentes do trabalho de luto) podem também ser

visualizadas como modalidades de sofrimento em que se coloca em questão a psicodinâmica individual de cada sujeito. Na questão que surge a partir da reflexão sobre a depressão, para possibilitar uma linha de pensamento onde seja possível a inserção da psicanálise e a sua contribuição no que se vê como um movimento social acerca do sofrimento (a medicalização, a inscrição do sofrimento como loucura, dentre outras coisas citadas anteriormente) mais a frente apresentarei os casos dos pacientes C e I.

Tais casos trarão à tona algumas das questões psicodinâmicas importantes relacionadas ao luto e à depressão, para assim ser realizado uma discussão teórico-clínica acerca da temática proposta por essa pesquisa. Entretanto, antes da discussão acerca dos casos atendidos, faz-se necessário estabelecer como a psicanálise compreende o processo de luto. Nas linhas subsequentes tratarei deste tema, para assim em seguida apresentar os casos atendidos e assim discutir alguns aspectos importantes para a argumentação proposta por este estudo.

2.3 O TRABALHO DE LUTO E SUAS RELAÇÕES COM A MELANCOLIA

Neste segundo momento teórico do trabalho, fez-se necessária a compreensão de alguns aspectos psicodinâmicos relativos ao trabalho de luto e a compreensão à luz da teoria psicanalítica acerca desse fenômeno. Esse capítulo visa esclarecer ao leitor alguns aspectos importantes relativos ao mesmo para que num segundo momento seja possível estabelecer uma discussão a partir dos casos atendidos com a finalidade de responder aos questionamentos levantados no momento inicial desta pesquisa.

Freud, em seu artigo “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, que foi publicado no ano de 1915, explica que os seres humanos têm grandes dificuldades em lidar com a temática da morte, das perdas e tudo o mais que as envolva. Para ele, “(...)a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê na própria morte, ou (...) no inconsciente cada

um de nós está convencido da própria imortalidade” (Freud, 1915, pág. 299). Diz também que o tema é algo que os indivíduos têm necessidade de silenciar e evitam falar nos mais diversos contextos, e que somente as crianças não teriam restrições para tratar do assunto com qualquer pessoa.

O complemento a essa atitude cultural e convencional para com a morte é proporcionado por nosso completo colapso quando a morte abate alguém que amamos – um progenitor ou um cônjuge, um irmão ou irmã, um filho ou um amigo íntimo. Nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no tumulto com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente perdido (Freud, 1915, pág. 300)

Tendo em vista o fato citado na passagem acima e pela constatação de que os indivíduos não se encontram preparados para lidar com a própria morte e/ou a morte de um ente querido, Freud, em 1915, também apontou que é comum que os seres humanos tenham uma grande tendência em excluir a morte de seus planos e projetos de vida. Tanto a sua própria como a das pessoas amadas não fazem parte da realidade psíquica das mesmas. Entretanto, toda perda significativa (de um ente querido ou algo que ocupe um mesmo lugar simbólico para o sujeito) exige um movimento de rearranjo psíquico, que denominamos de trabalho de luto.

Considerando as características sociais descritas no capítulo anterior, podemos situar que a insegurança descrita por Bauman (1925) e as formas contemporâneas de sofrimento sofrem influência direta de uma dificuldade de rearranjo do psiquismo em função da vivência de alguma perda significativa para o sujeito, onde a expressão da angústia causada por essa perda não encontra um caminho adequado para a construção de uma narrativa que ajude a dar um lugar simbólico ao vivido.

Voltemos ao luto e à melancolia. Freud, em 1917, conclui que o processo de luto e a posição subjetiva denominada como melancólica possuem grande relação. Segundo o autor, esta mesma relação se justifica pelo quadro geral que ambas condições apresentam: desânimo profundamente penoso, cessar do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de estabelecer vínculos amorosos com outras coisas e pessoas, inibições das mais diversas

atividades. O processo de luto ocorre, então, quando há a perda de um objeto amado (ele não existe mais ou tona-se necessária uma morte simbólica).

O teste da realidade revelou que o objeto amado não existe mais, passando a exigir que toda a libido seja retirada de suas ligações com aquele objeto. Essa exigência provoca uma oposição compreensível, é fato notório que as pessoas nunca abandonam de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo, na realidade quando um substituto já se lhes acena. Essa oposição pode ser tão intensa que dá lugar a um desvio da realidade e a um apego ao objeto por intermédio de uma psicose alucinatória carregada de desejo (Freud, 1917, pág. 250)

O autor reitera que, ainda assim, o mais comum é quando prevalece o respeito pela realidade (a perda real – ‘morte’ do objeto amado), mesmo que a priori as exigências dessa mesma realidade não possam ser obedecidas imediatamente. Também reitera que para serem executadas, é necessário grande dispêndio de tempo e de energia psíquica. Neste período de adaptação à perda do objeto amado, haveria então o prolongamento de sua existência no psiquismo do indivíduo enlutado, mantendo assim, a antiga posição libidinal que deverá ser abandonada.

O processo de luto é marcado, portanto, pelo abalo e desestruturação que causa no psiquismo. Nasio (1997) aponta que como reação inicial ao luto, o Eu se ergue, apelando para todas as suas forças, mesmo correndo o risco de esgotar-se e as concentra em um único ponto, o da representação psíquica do perdido. É neste momento que ocorrem lembranças, a saudade, a idealização, a necessidade de falar sobre o que ou quem foi perdido. “O Eu ama o objeto que continua a viver no psiquismo, ele o ama como nunca amara, e, no mesmo momento, sabe que este objeto não voltará mais” (Nasio, 1997, p. 30).

Freud aponta que mesmo sendo realizado aos poucos e em diversas etapas (após um longo período de hipercatexia e evocação de lembranças e expectativas vinculadas ao objeto), “quando o trabalho de luto se conclui, o Eu fica outra vez livre e desinibido” (Freud, 1917, pág. 251). O processo de luto, então, seria superado quando houvesse a liberação do Eu para investir

em um objeto de amor substituto ao que foi perdido. Contudo, é possível afirmar que no processo de luto há algumas variáveis que fogem ao que foi exposto anteriormente.

Campos (2013) afirma que “esse processo não é tão simples, pois envolve não apenas encontrar um objeto substituto, mas elaborar as fantasias conscientes e inconscientes que são ativadas com a perda do objeto” (p. 16). Este processo, portanto, acontece de maneira muito particular para cada indivíduo. As autoras Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013), reiteram que a capacidade do indivíduo para elaborar tais perdas - sendo elas num plano ideal ou real - estão vinculadas à sua formação, ao repertório psíquico de cada indivíduo, de suas capacidades e possibilidades subjetivas. “A capacidade de o indivíduo, desde a infância, se adaptar às novas realidades produzidas diante das perdas servirá como modelo, compondo um repertório, reativado em experiências ulteriores.” (Cavalcanti, Samczuk e Bonfim, 2013, p 88).

Sendo assim, é possível concluir que para algumas pessoas abandonar o objeto, ou melhor, a posição libidinal ocupada pelo perdido – caminho a ser percorrido no processo dito como “normal” do luto, não consegue ser realizado devido às características pessoais do indivíduo enlutado e do papel exercido pelo perdido na psicodinâmica do mesmo. Sendo assim, as características psicodinâmicas de cada sujeito entram como fator extremamente importante no processo de luto, determinando a capacidade de compreensão e de elaboração da perda sofrida.

Com relação ao luto não realizado de cunho mais ‘patológico’ e ‘cronificado’, Nasio (1997, p 29) reitera que “o luto se eterniza em um estado crônico, que paralisa a vida da pessoa enlutada durante vários anos ou até durante toda a sua existência”. Encontra-se em Freud (1917) que a melancolia se relaciona com o processo de luto à medida que, segundo ele, também se constitui numa reação à perda de um objeto amado, mas na qual a perda acontece numa natureza mais ideal

Ainda em outros casos nos sentimos justificados em sustentar a crença de que uma perda dessa espécie ocorreu; não podemos, porém, ver claramente o que

foi perdido, sendo de todo razoável supor que também o paciente não pode conscientemente perceber o que perdeu. Isso, realmente, talvez ocorra dessa forma, mesmo que o paciente esteja cômico da perda que deu origem à sua melancolia, mas apenas no sentido de que sabe quem ele perdeu, mas não o que perdeu nesse alguém. Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetal retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda (Freud, 1917, pág. 251)

Freud também aponta que no sujeito melancólico, um trabalho semelhante ao trabalho de luto precisa ser realizado no psiquismo, principalmente no Eu, absorvendo-o e exigindo dispêndio de energia psíquica, assim como o processo de luto faz. Aqui pode-se dizer que um certo recuo depressivo, é, então, até mesmo necessário para a realização do trabalho de luto. Também é possível inferir, portanto, que o processo de luto também pode ser vivenciado como a posição subjetiva da melancolia. Nos indivíduos que não conseguem realizar o trabalho de luto, esta questão fica sem resposta e sem elaboração, como se a resistência em desfazer o vínculo libidinal com o perdido fosse decorrente de uma perda que afeta a identidade do sujeito enlutado.

Outra contraposição importante entre o luto e a melancolia apontada pelo autor é a de que na melancolia há uma grande diminuição da autoestima e empobrecimento do Eu, que se manifesta por meio de auto recriminação. No luto é o mundo externo que se torna vazio e desinteressante para o indivíduo, na melancolia é o próprio Eu. (Freud, 1917). O autor afirma que nos estados melancólicos “a sombra do objeto recai sobre o eu”. Para clarificar esta frase tão importante no que concerne à definição da melancolia: isto quer dizer que, devido à perda do objeto amado, a libido (ou a energia psíquica investida no objeto perdido) regressa ao Eu e como meio de manter esse investimento no mesmo, estabelece uma Identificação do Eu com o objeto que precisa ser abandonado. O que quer dizer que o Eu também é formado por partes do objeto perdido por meio do mecanismo da Identificação.

Conclui, então, a partir disto, que assim surge o traço mais particular da melancolia, que a difere do luto dito “normal”: a auto recriminação. Aponta então que o luto e a melancolia

são semelhantes e dificilmente seriam distinguidos se não fosse uma única diferença: no luto dito como “normal”, nada se afeta no que concerne à autoestima do sujeito. O autor (1917), mantendo esta linha de pensamento, pontua que há um aspecto interessante a ser considerado: houve uma forte fixação no objeto amoroso, e paradoxalmente uma pequena resistência deste investimento objetal, decorrente do vínculo narcísico com o objeto, o que pode em si caracterizar-se como a ambivalência primordial que existe nos investimentos amorosos.

Aponta também que a Identificação com o perdido é uma saída que permite que se mantenham os dois polos de investimento libidinal com o objeto: pode-se manter o amor ao mesmo ao incorporá-lo ao Eu e pode-se também dirigir a agressividade característica dos vínculos libidinais (Freud, 1905) por meio da auto recriminação. Esta mesma premissa, como foi dito anteriormente, pode ser considerada nos estados de luto, e é grande contribuição da melancolia para a compreensão da relação entre o luto não realizado e o narcisismo: o Eu mantém-se identificado com o perdido.

Conclui, então, que o vínculo estabelecido pelo melancólico ocorre sobre pilares narcísicos. Quando ocorre algum tipo de dificuldade frente a necessidade de desinvestir libido, existe a possibilidade da mesma regredir ao estágio do narcisismo: a identificação narcísica com o objeto torna-se então substituta ao investimento no mesmo. Isto explica e tem grande relação com o que Nasio (1997) denomina de Identificação Melancólica com o objeto. O Eu passa a ser constituído também pelo perdido, e pode até mesmo ser julgado por ele – o que justifica e faz aparecer a auto recriminação, característica mais peculiar da melancolia. Freud (1917) aponta que há também outro aspecto relevante no que concerne à auto recriminação na melancólica: a ambivalência. Quando o indivíduo dirige acusações a si mesmo, na verdade ele está acusando o objeto, que foi perdido e que com a qual agora o Eu se encontra identificado.

Há aqui uma observação que precisa ser feita, e que será melhor trabalhada nos capítulos subsequentes. É possível inferir a partir de todo o conteúdo explicitado que, o

melancólico, portanto, tem uma questão no que concerne à alteridade. Dado que o movimento melancólico de incorporar o objeto transforma o Eu melancólico em um precipitado dos objetos perdidos no decorrer da vida, fica evidente que o melancólico não tolera a separação, ou melhor, não tolera a alteridade, mesmo que tenha sido submetido a ela. No que tange aos casos atendidos visualiza-se em ambos os sujeitos atendidos possuem sim esse registro de alteridade, entretanto suas questões ainda sim se tratam de questões narcísicas, muito atreladas aos ideais, o que os situa num outro registro, que não o da melancolia como estrutura subjetiva, entretanto, pode-se dizer que houveram “reações de características melancólicas”; dado seu caráter narcisista.

Miguel (2007) afirma que “Há na melancolia uma regressão da escolha de objeto à identificação – e, portanto, identificação secundária – favorecida pela escolha narcisista de objeto” (p. 118). Sendo assim é possível ilustrar, por meio da reação melancólica à perda, quando ocorre mais claramente uma identificação com o perdido, que essa identificação acontece devido a um vínculo narcísico com o objeto. Segundo Freud, essa atitude acusadora superegógica, no indivíduo melancólico, está servindo à pulsão de morte. Em 1920, no texto “Além do princípio do prazer”, o autor pontua que no psiquismo há uma força mortífera que atua de maneira inconsciente e que leva o indivíduo a repetir experiências de desprazer com grande frequência, tais como sintomas e sonhos revivendo experiências traumatizantes.

Nas linhas seguintes apresentarei o caso do paciente C, em seguida estabelecer uma discussão acerca de algumas questões teóricas para a melhor compreensão do mesmo. Na sequência será apresentado o caso da paciente I, e, novamente, serão trabalhados novos aspectos teóricos relacionados ao caso. Como foi situado anteriormente na construção do método da pesquisa, todas as informações e pontuações aqui colocadas foram construídas a partir da vivência da pesquisadora em atendimento com ambos os pacientes no período de cerca de dois anos de atendimento.

A construção de cada um dos casos começa pela descrição de cada um deles, situando a queixa de cada um e o porquê de terem procurado acompanhamento psicológico, além de aspectos importantes de sua história de vida. Toda a construção conta com trechos de fala dos pacientes indicadas por ‘sic’ (segundo informação do cliente). Num segundo momento em cada uma das construções de caso serão pontuadas algumas observações que partiram dos aspectos transferenciais e contratransferenciais nascidos dos atendimentos para que assim seja possível transformá-los em casos analíticos passíveis de discussão com a temática proposta por este trabalho.

3 C, 38 ANOS – INIBIÇÃO E RECUO DEPRESSIVO

C vem encaminhado para a atendimento a partir do grupo ASDL (Amigos Solidários na Dor do Luto). Relata que procurou o grupo por indicação do CAPS de sua região e que começou a frequentar o CAPS pois estava se sentindo muito deprimido e ansioso (principalmente após ter perdido o pai) e não tinha recursos financeiros para buscar atendimento em outro lugar. Segundo ele, o pai morreu há cerca de 5 anos. Também relatou que algumas situações no que tange à divisão da herança do pai estavam contribuindo bastante para deixá-lo abalado (esse é um assunto importante para C, que será retomado mais à frente). Após a morte do mesmo, os recursos financeiros de C ficam escassos e ele precisa reorganizar parcialmente a vida de acordo com os recursos que restaram, o que se torna um problema para ele e tem relação com a questão da divisão da herança que o deixa abalado.

Ao ser questionado sobre como o pai faleceu, C conta que ele e o pai gostavam de passar os finais de semana numa chácara que pertencia ao mesmo para beber e conversar. De acordo com ele, numa dessas vezes, num final de semana onde tudo parecia normal, o pai passa mal (tem um infarto) durante a noite e C só descobre que ele está falecido na manhã seguinte. “Achei estranho meu pai não se levantar logo cedo, mas não quis ser invasivo e esperei um pouco para chamá-lo, então quando fui conferir o que estava acontecendo vi que ele tinha falecido” (sic). É a partir da morte do pai que muitas questões vêm à tona para C, gerando muitos questionamentos e conflitos.

No decorrer das sessões, C conta que é nascido fruto de um caso extraconjugal do pai. De acordo com ele, o pai tinha mais dois filhos com a esposa e esses irmãos por parte de pai e essa esposa tentaram deixá-lo prejudicado na divisão da herança deixada por ele, o que o fazia sentir muito mal e “como se ele não fosse filho do próprio pai” (sic). C diz que fizeram movimentações no dinheiro e redistribuíram alguns dos bens deixados sem que ele tivesse conhecimento e sem que ele participasse, o que ele entende que foi de má fé: “Tentaram me

prejudicar na divisão da herança do meu pai, fizeram tudo para ficar como se eu não fosse filho dele, sem direito a nada. Isso me deixou muito mal pois eu imaginava que a morte do meu pai iria me unir com a família dele” (sic). A impressão de ter sido prejudicado e ter ficado ‘de lado’ na distribuição da herança do pai faz com que C reviva intensamente um antigo sentimento de ser ‘o filho bastardo’, que como veremos mais adiante é crucial para o posicionamento que C adquire perante a vida.

C conta que desde que era criança nunca teve e nem quis ter muito contato com a família do pai, pois como era um ‘filho fora do casamento’ sentia que deixava a família do pai constrangida com a sua presença, mesmo que o pai sempre o convidasse para estar junto em ocasiões festivas e etc. Entretanto, mesmo que o pai o convidasse, C notava que de alguma forma o pai demonstrava sentir algum alívio e até gostava do fato de não o misturar à sua outra família. “Algumas vezes eu sentia que meu pai não fazia muita questão que eu estivesse junto também” (sic). É possível então logo a princípio perceber pistas de que de alguma forma C se identifica com a posição daquele que ‘foi deixado de lado’, e o momento de crise que se instaura após a perda do pai relaciona-se com o fato dele reviver de forma bastante intensa esse antigo sentimento.

Segundo C, seu pai e sua mãe se conheceram porque trabalhavam juntos e tiveram um caso durante alguns anos. O pai de C era médico psiquiatra e a mãe trabalhou muitos anos como auxiliar de enfermagem. Nesse período em que se relacionaram, decidiram que queriam ter um filho e dessa decisão do casal nasce C. Ele relata que por um curto período seu pai decidiu morar com sua mãe, entretanto seu pai era muito ‘mulherengo’ e o relacionamento não seguiu adiante pois a mãe não aceitava que ele se relacionasse com outras mulheres além dela, o que fez com que o pai voltasse a viver com a família “original”: “Meu pai tinha vários casinhos por aí, minha mãe nunca aceitou. Então por brigarem muito não deu certo deles ficarem juntos. Parece que a esposa dele também fazia muita chantagem para ele voltar, então

ele voltou a morar com a família dele” (sic). C conta que mesmo que os pais não vivessem juntos, seu pai sempre fez questão de participar de sua vida e dar o auxílio financeiro que fosse necessário, buscando sempre estar presente e convivendo com o filho.

Contudo, relata que por um bom período de sua vida teve pouca intimidade com o pai, pois sua mãe o persuadia a sempre pedir dinheiro e exigir coisas, como uma forma de ter a atenção do ex. O pai, percebendo a movimentação, delimitou que não faria as vontades da mãe de C e pediu ao filho que se contivesse ao fazer pedidos pois isso o magoava, caso contrário ele precisaria se afastar do filho. “Minha mãe me usava para pedir dinheiro ao meu pai, como uma forma de ter a atenção dele. Eu ficava no meio desse conflito e isso acabou me afastando do meu pai. Às vezes saíamos para um almoço ou coisa assim e a conversa era arrastada, parecia obrigação. Eu ficava muito nervoso porque sabia que minha mãe ia me cobrar que eu pedisse coisas dele e ele ia ficar bravo comigo por estar sendo influenciado pela minha mãe. Com tudo o que a minha mãe ficava me falando era como se eu não pudesse gostar do meu pai, eu ficava confuso porque queria que ele estivesse próximo, mas era sempre muito difícil em função das brigas com a minha mãe.” (sic)

Aqui é possível perceber que C passa a entender que ocupa uma posição central e por vezes de mediação entre o pai e mãe, e por isso de alguma maneira cria-se um conflito: ele ama e deseja ter a atenção do pai, mas entende (muito em função do discurso materno, que coloca o pai como aquele que sempre está mais interessado em outra coisa que não sejam eles) que o pai o deixa de lado. Sendo assim, a partir desse discurso materno que o coloca também na posição de quem está sendo deixado de lado, estabelece um vínculo de identificação à posição materna deveras importante, e passa a se entender como ‘aquele que não tem valor’. Encontra, assim, no significante ‘o filho bastardo’ um representante para o seu lugar no mundo.

C também relata que desde pequeno teve problema com sobrepeso e chegou no estágio da obesidade mórbida, pesando mais de 150 quilos. Segundo ele, aos 18 anos se submeteu à

cirurgia bariátrica, entretanto a primeira cirurgia não foi efetiva para seu emagrecimento e anos depois ele foi submetido a uma nova cirurgia, que foi efetiva – hoje em dia C é magro e mantém o peso. De acordo com ele, o fato de ser obeso sempre o prejudicou na convivência com as pessoas. “Eu era muito espontâneo e engraçado, o palhaço da turma. Fui ficando muito tímido e retraído com o tempo, com medo do julgamento das pessoas. Me sentia uma aberração por ser tão gordo, como se as pessoas estivessem o tempo todo me observando e julgando, então me isolava em meu quarto e centrava minha atenção no computador e nos jogos de videogame ou computador. Sempre tive poucos amigos, e hoje, quase nenhum” (sic).

C também relata que sempre teve a sensação de que as pessoas só se aproximavam dele por interesse (por ele pagar coisas nas festas por exemplo) e se sentia muito isolado, como se as pessoas não gostassem dele verdadeiramente. Tais informações mostram e reiteram cada vez mais a interpretação de C acerca de sua realidade. Discursivamente, C deixa sempre muito claro o quanto se entende ‘estranho e sem valor’, o quanto coloca sempre em cheque o apreço que as pessoas realmente têm por ele (apesar dos conflitos só se sente realmente seguro e protegido pela mãe) e sempre que comete qualquer ato que considera errado ou equivocado mostra-se extremamente ansioso e culpado.

C relata nunca ter sido muito estudioso, mesmo assim concluiu o ensino médio e devido à orientação dos pais decidiu fazer faculdade. Inicialmente decidiu fazer publicidade, mas não concluiu o curso. “Eu tinha dificuldade de me relacionar com as pessoas na faculdade, ficava me sentindo estranho e não era um curso que eu gostava muito, eu não ia bem” (sic). Questionado sobre o porquê de ter escolhido publicidade, ele relata que o pai não apoiava a fazer o curso que ele queria, que era algo ligado à computação, então ele decidiu por um curso que ele imaginava que daria conta de fazer.

Algum tempo depois, convencido da necessidade de estudar para poder ter um trabalho, C inicia a faculdade de Medicina Veterinária sob a influência do pai. “Como meu pai gostava

muito da chácara que ele tinha, ele me disse para cursar veterinária para que eu cuidasse de tudo lá para ele, que ele me empregaria. Eu não tive muita escolha pois era ele que pagava a faculdade” (sic). O pai de C falece antes que ele conclua a faculdade e então, por falta de dinheiro, C é obrigado deixar os estudos. Em todos os seus relatos relativos à sua vida acadêmica e qualquer outro tipo de situação que colocasse à prova suas potencialidades, fica visível que C é tomado por uma angústia enorme que o faz recuar perante qualquer que seja a atividade em que ele se sinta posto à prova.

Ele sempre relata ir mal nas atividades de ambas as faculdades e quando se refere a qualquer outra atividade que lhe exija algum rendimento diz falhar. Isso dá pistas de um mecanismo inconsciente que reproduz sintomaticamente uma inibição que impede que C conclua e dê conta as atividades que se propõe a fazer, como a faculdade por exemplo e o mantém sempre no lugar de quem não é o suficiente, o que indica mais uma vez uma identificação com a mãe, que foi aquela que não foi suficiente para o pai.

Após o falecimento do pai, C fica confuso e sem saber que direcionamento dar para sua vida pois nunca trabalhou e não concluiu os estudos. Segundo ele, ele sabe fazer algumas coisas (consertos e afins) relacionadas à computação e web design, mas fazer esses pequenos bicos não é o suficiente para que ele se sustente. Refere que a mãe o cobra e também cita que direcionou a vida de acordo com o que o pai indicava, o que o tornou incompetente para tomar as rédeas da sua vida após o pai falecer. “Meus pais não me ensinaram a me virar, eu nunca tive que correr atrás de nada. Agora estou desesperado precisando dar um rumo para minha vida e não estou conseguindo” (sic)

Há alguns outros pontos relevantes no discurso de C que merecem atenção especial. Ao falar da sua dificuldade de se relacionar com as pessoas, C narra um conflito: ao mesmo tempo que se sente especial por ser conhecido pelas pessoas na cidade como o ‘filho do Dr. K’, diz que isso o deixa mal pois ele se sente como se nunca fosse tão bom o suficiente quanto o pai.

“Ser o filho do Dr. K me traz esse peso de não ser bom o suficiente, de não chegar à altura do nome dele e quanto mais preso nisso eu fico menos eu consigo fazer as coisas” (sic). Relacionado a isso, ele cita o fato de se sentir o ‘filho bastardo’, o que também o faz se sentir indigno e incapaz.

Ao falar sobre os irmãos por parte de pai (C também tem uma irmã mais velha por parte de mãe), há algo interessante em seu discurso. C fala da relação dos irmãos com o pai de forma idealizada, como se os irmãos tivessem tido muitas vantagens em relação a ele. “Meu irmão é médico e meu pai pagou a faculdade para ele, quando era para mim ele disse que não tinha dinheiro” (sic). Crescendo, portanto sob o significante do ‘filho bastardo’ e que esteve sempre na desvantagem no que tange à atenção e os recursos fornecidos pelo pai, C desenvolve a forte inibição citada anteriormente e que segundo ele se caracteriza como depressão: “sempre fui depressivo e melancólico, me isolando no meu mundo e morrendo de medo das coisas e das pessoas” (sic).

Um outro aspecto importante que precisa ser pormenorizado nessa construção de caso é a relação de C com a mãe. C refere que a mãe é uma mulher muito nervosa e de reações excessivas (gritos, choro, etc). Segundo ele, desde que ele é criança ela é uma pessoa que reclama muito, exige muita atenção dele e da irmã (filha do primeiro casamento da mãe) e de acordo com ele é uma pessoa pessimista e negativa. “Minha mãe vive se preocupando com a vida dos outros, brigando com a minha irmã e é uma pessoa muito desesperada e negativa. Além de tudo ela vive me cobrando tomar alguma atitude com relação à questão dos meus irmãos e da herança, dizendo que eles querem me passar pra trás. Eu fico muito nervoso com isso, e não quero que ela fique falando do meu pai. Toda vez que ela fala eu me sinto mal, fico com saudades” (sic)

Em seus relatos relativos à mãe, C deixa ainda mais evidente um outro mecanismo inconsciente deveras importante. Relata sempre ficar muito nervoso com qualquer tipo de

demanda ou queixa que parta da mesma – em alguns momentos demonstra até um certo descontrole no que se relaciona à ela - as reações e demandas da mesma o afetam de maneira muito intensa - o que nos evidencia um registro de uma mãe toda poderosa cujas demandas devem ser atendidas imediatamente. Além do medo da fúria dessa mãe excessiva, C nos situa com isso que de alguma forma mantém-se colado à mesma, como se de alguma forma ao responder do lugar identificado se mantivesse na posição do filho ideal, que completa a falta da mãe, posição essa que não entendia ter na relação com o pai.

A partir de tudo o que foi descrito também se torna possível perceber que há em C uma grande dificuldade para lidar com o que ele considera como julgamento do outro, devido a uma crença de menos valia que ele carrega por ser o “filho bastardo”, significante extremamente importante em sua história. Para C, percebe-se que esse significante carrega consigo a crença de que o pai não o assumiu verdadeiramente como pai, o que o deixou com uma constante expectativa sobre quando o pai o faria e se o faria. “Meu pai sempre lidou comigo de uma forma muito estranha. Às vezes eu achava que ele fazia questão de me manter afastado da família dele, outras vezes ele se aproximava de mim e me fazia acreditar que ele queria que eu estivesse incluído em sua vida”.

Essa leitura confusa que C faz da sua relação com seu pai faz com que ele coloque em xeque seu valor perante as coisas. Como seu pai sempre agiu de forma enigmática, acreditou que era desprovido de valor: “Nunca me senti à altura de meu pai, quase sempre tinha a ideia de que ele preferia os meus irmãos, que eu estava excluído da vida dele”. (sic). Essas falas denotam uma idealização do que ele deveria ser para ‘estar à altura’ de seu pai e não ser o filho bastardo.

Entretanto ao não se ver digno de outra posição que não fosse a de filho bastardo, C foi se isolando cada vez mais da convivência com outras pessoas e direcionando sua vida cada vez mais segundo uma grande identificação com a mãe e também a partir do que acreditava que os

pais esperavam dele. Desistiu no meio do caminho em quase todas as investidas que fez na vida por não se acreditar bom o suficiente. Seu Supereu tirano não permitiu que ele pudesse concluir nenhuma faculdade, conseguisse um trabalho ou mesmo pudesse se relacionar com uma mulher.

C, nas entrelinhas de seu discurso, constantemente se questiona: “quem sou eu para o outro?”, e quase sempre encontra uma resposta negativa para suas perguntas. Ora C se põe como objeto passivo de gozo desse outro, como por exemplo na sua relação com a sua mãe, onde se vê como ‘instrumento’ e como ‘o filho que completa’ uma mãe grandemente insatisfeita, ora se vê excluído e sem valor, como na relação como o pai. Constantemente refere ter sido “usado” pelos pais e isso demonstra claramente seus questionamentos: “Seria eu somente um objeto?”; “O que me torna o objeto ideal?”. Numa saída passiva para seus questionamentos, C oferece-se como objeto para a mãe e para o pai, o que o impede de desejar por si só e fica à mercê do que imagina que seus pais esperam dele (bem exemplificado na decisão de fazer a faculdade de medicina veterinária, que segundo ele foi apenas pela indicação do pai).

Ao citar um breve relacionamento que teve, C relata que namorou uma moça que trabalhou como doméstica em sua casa e que durante todo o relacionamento a família insinuava que ela poderia estar se relacionando com ele por interesse em dinheiro e que ele não acreditava que ela realmente poderia gostar dele pois ele era gordo e estranho. C se posiciona como aquele que desiste antes mesmo de tentar, ficando numa espécie de embotamento narcísico ao ‘negar’ se relacionar com os outros por acreditar sempre estar aquém do que esperam dele – ou seja, não aceita ser nada menos do que tudo para o outro, num movimento de ‘sou tudo ou sou nada’ - e também manter-se colado à mãe para não perder a posição de filho que atende a todas as demandas feitas por ela. Aqui fica evidente que questões relativas a uma idealização entram em cena inibindo C, que não aceita nada menos que a posição de Ideal.

Durante o período de atendimento, C resolve as questões financeiras relacionadas à herança com os irmãos por parte de pai e inicia uma nova faculdade, agora de Tecnologia da Informação. Tem crises de ansiedade em períodos de avaliação e em alguns momentos em que precisa trabalhar em grupo, sempre numa postura de quem estaria sendo julgado e mal avaliado. Entretanto, nessa nova experiência relata estar mais tranquilo para lidar com os problemas que vão surgindo e até mesmo se sente um pouco menos retraído para se relacionar com os colegas de turma. Sua idealização apesar de continuar muito forte e presente, passa a ter um pouco menos impacto nas relações de C com as pessoas e com as coisas de sua vida. C se refere à depressão como algo que esteve em seu passado e que agora ele precisa batalhar para não recair e não permitir que atrapalhe mais sua vida. C passa a demonstrar um discreto retorno a um circuito desejante próprio, permitindo-se fazer as coisas como entende que devem ser feitas sem se torturar por culpa e autoacusações.

Na sequência deste trabalho serão trabalhadas e discutidas algumas questões teóricas que contribuirão para o melhor entendimento acerca deste caso. No decorrer do capítulo retomarei os conceitos relativos ao aparelho psíquico freudiano – aqui principalmente relacionado à psicodinâmica da melancolia – para que no decorrer da discussão seja possível estabelecer distinções teórico-clínicas e aproximações entre melancolia e depressão, bem como tratarei das questões relativas à angústia e à pulsão de morte como forma de estabelecer uma conexão entre o trabalho de luto, a depressão e a melancolia.

3.1 A PSICODINÂMICA DA MELANCOLIA: ANGÚSTIA, SUPEREU E IDEAL DE EU

Como explicitado no capítulo inicial, entende-se que o sofrimento psíquico na atualidade encontra expressão por meio do escoamento difuso dos excessos do psiquismo, excessos esses que a partir deste momento passaremos a denominar como angústia. Percebe-se a partir da

construção do caso do paciente C que a inibição que atua como um sintoma que não o deixa seguir em frente com a própria vida tem função defensiva no que concerne à angústia relacionada à sua posição perante ao outro: a de ‘filho bastardo’ que foi deixado de lado. É possível concluir, portanto, que a angústia seria um sinal enviado pelo psiquismo que indicaria um excesso que necessita ser colocado para fora do mesmo, excesso esse que não encontrou nenhum tipo de recurso de simbolização. No caso de C foi possível observar que parte desse excesso é a frustração que ele carrega por ver-se não correspondendo ao lugar de Ideal na relação com o pai, o que faz com que ele passe a questionar incessantemente seu lugar para o outro.

Herzog e Klein (2017) situam que a angústia “(...)diz respeito a uma inadequação entre a excitação no nível somático e sua elaboração no psíquico” (pg. 692). Na sequência pretende-se trilhar o percurso do pensamento psicanalítico cujo caminho se inicia pelo entendimento da angústia e nos leva até a estruturação do psiquismo para a psicanálise para que seja possível compreender o papel do narcisismo também como uma estrutura de defesa do psiquismo. A temática da angústia (ponto inicial da discussão) faz-se necessária dado que foi possível visualizar tanto no discurso de C quanto no discurso de I - caso que será tratado mais a frente - que os momentos de crise são causados principalmente por um sentimento forte de impotência, desamparo e incapacidade que vão no mesmo sentido do que foi dito acerca das expressões de sofrimento contemporâneas.

A experiência vivida na clínica nos leva, portanto, à necessidade de compreender os mecanismos de defesa dos sujeitos frente ao sentimento de desamparo. Para tanto, será necessário revistar o aparelho psíquico Freudiano. A angústia e o aparelho psíquico freudiano também serão trabalhados no sentido de compreender os aspectos estruturais e psicodinâmicos que atuam para o recuo depressivo (no caso de C também a grande inibição), bem como o papel e a importância exercidos pela estrutura do Supereu na melancolia e na depressão. Como foi

possível observar, será necessário, portanto, entender melhor o papel do Supereu no que tange à inibição relatada por C (que podemos situar também como sendo um mecanismo de recuo depressivo).

Aqui, inicialmente, é importante ter em mente que há no psiquismo duas forças distintas, que atuam em conjunto, entretanto são paradoxalmente opostas: a pulsão de vida e a pulsão de morte. Tais conceitos serão melhor destrinchados num momento posterior, entretanto o que é mais importante frisar neste ponto do trabalho é que a pulsão de vida é responsável pela autopreservação, enquanto a pulsão de morte atua no sentido da destruição e da aniquilação, e o narcisismo sofre a influência de ambos.

No que concerne à angústia é possível visualizar a pulsão de vida atuando para a autopreservação do sujeito, ao mesmo tempo que a força mortífera da pulsão de morte atua no sentido da repetição do conteúdo não elaborado. Há na melancolia uma atuação no sentido da morte psíquica e esse movimento dinâmico existente entre essas forças psíquicas entram em jogo quando falamos em estruturação do psiquismo e possibilidades de elaboração das experiências vividas pelo sujeito, o que torna importante tratar da angústia para a compreensão do sofrimento depressivo e como ela pode ser um ponto de distinção entre a depressão e a melancolia em termos psicodinâmicos.

Freud, em 1917, conceitua a melancolia como um luto não realizado de um objeto de escolha narcisista. Como um ponto de partida para o início da temática da angústia e sua relação com a melancolia, é muito importante situar que é a partir da tentativa de compreender a angústia característica das neuroses que surgem as primeiras referências à temática da melancolia e da depressão na obra de Freud. Moreira (2002) explicita que “são inúmeras as referências freudianas à melancolia, e nem sempre (...) explicitamente formuladas em distinção à depressão.” (p. 53), o que denota uma certa dificuldade em distingui-las em função das muitas variáveis comuns entre elas como o pesar, a tristeza, a incapacidade de dirigir libido aos objetos

externos ao Eu, etc. Tendo essa dificuldade em mente, é de extremo valor determinar os aspectos que os diferenciam.

A sequência temática proposta nesse capítulo se baseia na necessidade de compreender a metapsicologia proposta pela psicanálise como um ponto de partida para a compreensão do luto, da melancolia e da depressão em termos psicodinâmicos. A partir do que foi possível verificar no atendimento de C e alguns dos fatores importantes que atuaram contra a realização do luto em função da perda do pai (sua inibição quando não se vê correspondendo ao Ideal, sua identificação com a mãe como forma de manter-se colado ao Ideal da mesma, e a forma como sucumbe à posição do ‘filho bastardo’) fica notória a importância de delimitar a importância dos mecanismos de defesa e também do Ideal de Eu e do Eu Ideal na psicodinâmica do sujeito depressivo. Também é um objetivo dessa parte do estudo a compreensão das relações da angústia e do Supereu com o ponto de encontro dos temas trabalhados nessa pesquisa, o narcisismo. A exigência Superegóica que não deixa C seguir com sua própria vida é o ponto que traz à tona a discussão sobre o tema.

Na sequência, portanto, serão tratadas questões relativas à metapsicologia psicanalítica, na qual serão abordadas a primeira e a segunda tópicos freudianas para na sequência estipular a importância do narcisismo na estruturação do psiquismo e na maneira como o mesmo se defende e se auto preserva. Com isso, pretende-se definir a importância da singularidade de cada sujeito na vivência do sofrimento, retomando a crítica ao assujeitamento do luto e da depressão que foram tratados no capítulo anterior. Também se pretende que essa sequência de ideias dê maiores subsídios para entender como esse protagonismo e singularidade aparecem no luto, na depressão e na melancolia. O momento seguinte do trabalho, portanto, trata-se de uma discussão teórica acerca de temas importantes surgidos da análise do caso.

3.1.1 DA ANGÚSTIA À MELANCOLIA

Freud dá início ao seu trabalho com a psicanálise a partir do atendimento e investigação de casos em que os conhecimentos disponibilizados pela medicina da época pareciam não dar conta de explicar ou tratar. Esses casos, em seu tempo, eram os famosos e conhecidos casos de histeria. O autor, em seu artigo "Histeria", de 1888, trata de formalizar e explicar as principais características desses casos. Na tentativa de realizar uma caracterização tanto descritiva quanto sintomatológica do fenômeno da histeria, explicou que a mesma possuía alguns elementos que fundamentalmente a distinguiam da neurastenia – tipo de caso que também clamava por sua atenção especial devido ao fato de muitas vezes encontrar-se aliada à mesma e pela dificuldade que existia em estabelecer uma distinção clara entre ambas.

De acordo com Freud, a neurastenia caracterizava-se principalmente por um quadro de exaustão (tanto física quanto psicológica) e sensibilidade aumentada (no caso irritabilidade e humor depressivo). O autor também estabeleceu relações entre o quadro de neurastenia e o de neurose de angústia. Denominou-as, na época, de neuroses atuais. Alguma definição a respeito da melancolia veio um tempo depois, também situada no plano das Neuroses atuais, como sendo um outro espectro da neurose de angústia.

A partir disto fica evidente que mesmo Freud teve algumas dificuldades em diferenciá-las, entretanto a maior confusão para a realização do diagnóstico ainda é devido à associação com as denominações e método o diagnóstico propostos pela psiquiatria. (Freud inclusive, por ser médico, utilizava-se de conceitos e de estruturas de formulação de conhecimento provenientes da medicina). Sendo assim, sabe-se que na troca de cartas que fez com seu grande interlocutor da época, Fliess, Freud se preocupa em tentar compreender e sistematizar a etiologia das neuroses.

Segundo ele, todas as neuroses surgiriam de afetos surgidos na vida sexual infantil do sujeito. Tendo sempre em mente que se trata por sexualidade nesse trabalho a sexualidade que Freud colocou em questão nos seus ‘Três ensaios para uma teoria da sexualidade’, de 1905, onde sexual não necessariamente se trata do genital, mas sim de investimentos e teorias amorosas da vida de cada sujeito.

Na neurose de angústia e na melancolia, ele considera que há uma forma de expressão do afeto sexual distinta da expressão da histeria e da neurose obsessiva. Na neurose de angústia e na melancolia esse afeto não passa por uma transformação simbólica, ele fica sem simbolização e expressa-se por meio da angústia, que é uma forte excitação corporal e/ou mental que necessita de escoamento para o meio externo ao psiquismo, como modo de defesa econômico do próprio psiquismo. pois não houve recursos psíquicos de elaboração e de simbolização.

Pôde-se inferir a partir do atendimento do caso do paciente C, então, que de alguma forma a formação de sintomas (no caso do paciente especificamente a forte inibição) funciona também como um mecanismo de defesa do sujeito contra a angústia que o coloca à mercê do sentimento de desamparo. Klein e Herzog (2017) situam que a teoria da angústia em Freud situa a formação de sintomas e o recalque como consequências possíveis de defesa do psiquismo contra a mesma, cuja sede é o Eu. Situam também que o sintoma seria uma solução de compromisso entre o desejo (no caso o impulso de desejo não elaborado e/ou incompatível com o Eu) e o Eu, que precisa dar conta da realidade.

Voltemos às relações entre a melancolia e a angústia. Inicialmente, no Rascunho E, cujo nome é “Como se origina a angústia”, Freud diferencia a melancolia da neurose de angústia a partir do tipo de tensão sexual que é transformada: na neurose de angústia, o acúmulo era de tensão sexual física, na melancolia, psíquica. Segundo ele, "...os melancólicos são anestéticos. Não tem necessidade de relação sexual (...)têm um grande anseio pelo amor em sua forma

psíquica (...). Nos casos em que essa se acumula e permanece insatisfeita, desenvolve-se a melancolia." (p. 237). Já no rascunho G, ele estabelece uma relação da melancolia com o luto. Argumenta que nos dois casos, existem afetos equivalentes, mas que na melancolia a perda ocorre na vida pulsional e não a partir de um dado da realidade, como no luto.

Ao descrever a neurose de angústia, refere que os ataques de angústia ocorrem por serem um excesso de energia psíquica que não encontram um caminho de representação. Manifesta-se pelos mais diversos tipos de sintoma, dentre eles – sintomas cardíacos, como por exemplo coração acelerado, terror noturno, vertigens, irritabilidade... sintomas esses que são também característicos de quadros depressivos. O autor aponta como etiologia dos quadros de neurose de angústia uma perturbação da vida sexual, que de acordo com a compreensão deste trabalho significa distúrbio dos investimentos de libido (identificação, investimento de energia sexual e afeto, dentre outras) e das relações de objeto.

De acordo com Abraham e Torok (1985), estes são os fenômenos da introjeção e incorporação do objeto amoroso encontrados na obra de Ferenczi. Para esclarecer tais conceitos: a introjeção seria a internalização do objeto de uma forma em que foram possíveis a simbolização e a inserção da temporalidade. Assim, o objeto na introjeção não se situa como um corpo estranho, mas sim amplia o Eu. Já o processo de incorporação vem de uma falha no momento da simbolização da alteridade, o objeto é agregado de maneira total, sem agregados simbólicos e fica situado como uma espécie de corpo estranho ao Eu. O melancólico tem o movimento de incorporação total do objeto, havendo então uma ‘falha’ no registro da alteridade e da identidade. (Abraham e Torok, 1995)

Sendo assim, voltando à concepção estipulada por Freud (1895), a angústia e a melancolia possuiriam uma relação deveras próxima, dado que a angústia se expressava devido a uma falta de recurso simbólico, e a melancolia faria o sujeito deparar-se com a falta e o vazio de sentido que também não puderam ser simbolizados. Peres (1996) aponta que nestes

momentos iniciais onde o autor se debruça neste tipo de estudo, a principal relação estabelecida por ele entre a angústia e a melancolia é “(...)a noção de falta que se presentifica ou como falta na esfera psíquica ou como perda que irá gerar o afeto do luto, que então é afirmado como afeto por excelência desta afecção” (p. 35).

Também afirma que o autor estabelece algumas proposições no que tange à angústia e à melancolia, sendo que a noção de perda é instaurada na melancolia devido ao fato do sujeito precisar abandonar seu objeto sexual sem ter tido uma experiência de satisfação – o que produz um sentimento de não ser amado e ser incapaz para o amor. “O fracasso sexual faz correr o risco de abandono ou de rejeição pelo objeto. Isto marca menos a perda de amor do que a perda de valor e a falência das necessidades de reconhecimento pelo outro.” (Green, 1988, pg. 45)

Há, portanto, um registro de incompletude no que tange ao desenvolvimento do narcisismo estrutural destes sujeitos, que culmina então na incorporação do objeto de investimento libidinal (reiterando que não há simbolização neste processo) resultando numa identificação narcísica com o mesmo, onde a separação do Eu e do objeto possuem limiares pouco estabelecidos e muito difusos. Durante o período de atendimento a C, foi possível observar que de alguma forma todo seu discurso relacionado ao luto do pai não possui essa característica melancólica na qual o sujeito se perde junto com objeto, entretanto o que fica evidente é que de alguma maneira perder o pai significa uma reviravolta no sentido de exigir que ele se reorganize e se depare com seu lugar no mundo, que até então ele sintomaticamente parecia evitar.

Minerbo (2009) situa que a principal angústia do sujeito é a perda do objeto, do qual ele é dependente. O ego é frágil e o objeto exerce a função de superego auxiliar. “O Eu não se constituiu de modo satisfatório. O que significa dizer que seu desenvolvimento se estancou em algum momento do longo e trabalhoso processo de separação do objeto primário. O narcisismo primário ficou capenga” (p. 151). A autora aponta também que o vínculo estabelecido com o

objeto primário é vivido como um outro si mesmo, um duplo. O sujeito depende do outro para garantir sua integridade psíquica, sofre com a separação, pois o objeto garante sua integridade subjetiva. O que leva a entender que este sujeito, que podemos denominar como sujeito melancólico, possui algum registro de alteridade, mas não tem defesas suficientes para se separar do objeto, é uma separação parcial, diferente do psicótico, que não tem referência da alteridade.

Levando em conta o que foi possível obter de informações a partir do atendimento de C é visível que de alguma maneira C possui o registro de alteridade (tanto com relação ao pai quanto com relação à mãe) o que exclui um tom melancólico na vivência do seu luto, entretanto o que atua como fator complicador para a realização do mesmo é a forte idealização acerca do lugar que ocupa na relação com o outro. Seu momento maior de crise é deflagrado quando se vê colocado em desvantagem na divisão da herança do pai, que o faz vivenciar intensamente a posição de filho bastardo. C não se funde ao objeto, identifica-se com ele (principalmente com a mãe) o que dá um tom de queixa por não ocupar o lugar de Ideal do outro em seu discurso.

É pensando na angústia que Freud entende que a ambivalência e a culpa são fatores cruciais no sofrimento melancólico, dado o “ranço” que o melancólico possui de “não ter sido amado” e/ou “não correspondido” em seus desejos dirigidos aos seus objetos sexuais e a importantíssima manifestação da auto recriminação tão presente na melancolia. Na sequência, dado a importância percebida da idealização no caso construído e também da importância das questões relativas ao Supereu para a compreensão do caso e uma futura correlação com o mecanismo da depressão serão trabalhados os conceitos de Supereu, Eu Ideal e Ideal e Eu estipulados na segunda tópica Freudiana. Pretende-se assim que seja possível compreender a relação entre a culpa, a ambivalência e a melancolia em termos psicodinâmicos e como é possível relacionar o luto ao narcisismo, à depressão e à melancolia.

3.1.2 O SUPEREU E SUA RELAÇÃO COM A MELANCOLIA E A DEPRESSÃO

Como dito anteriormente, a partir das observações surgidas do atendimento ao paciente C, para que seja possível compreender a noção de “Supereu” e “Ideal de Eu” – questões centrais na construção deste caso - que fazem a ligação entre o luto, a melancolia e o narcisismo na psicodinâmica proposta por Freud, serão brevemente retomados alguns conceitos caros à teoria psicanalítica que explicam e ajudam a relacionar tais conceitos ao luto e à melancolia. Inicialmente, será traçado o percurso que Freud percorreu desde a noção inicial de Inconsciente até o momento onde entende o psiquismo composto por instâncias dinâmicas diferentes: Id, Eu e Supereu.

Pretende-se com esta breve abordagem do esquema do aparelho psíquico Freudiano, retomar a questão da individualidade na vivência das experiências e das capacidades subjetivas individuais, indo na contramão da concepção médico-biologicista e oferecendo uma visão de protagonismo do sujeito na vivência de seu próprio sofrimento, sempre atentando para a importância da questão narcísica como modo de defesa e estruturação do psiquismo. Este subcapítulo também tem por objetivo ilustrar como operam o sentimento de culpa e a auto recriminação melancólicos, cujo entendimento é de suma importância para a compreensão de possíveis semelhanças e distinções entre o luto, a melancolia e a depressão. Tais conceitos serão destrinchados no decorrer do subcapítulo.

3.1.2.1 Breve Retomada Sobre a Primeira e a Segunda Tópicas Freudianas

Ao se deparar com as questões provenientes da sua prática clínica, Freud se dá conta de que nem todos os fenômenos que ocorrem no psiquismo humano e nem todos os processos mentais que afetam seu comportamento estariam situados no plano da racionalidade e da

consciência. Segundo o autor (Freud, 1923) alguns destes se manifestariam no psiquismo com a mesma força dos processos mentais nomeados conscientes, porém sem necessariamente se encontrarem situados no plano da consciência. De acordo com ele,

(...)a teoria psicanalítica intervém e assevera que a razão pela qual tais ideias não podem tornar-se conscientes é que uma certa força se lhes opõe, que, de outra maneira se tornariam conscientes, e que seria então aparente quão pouco elas diferem de outros elementos que são admitidamente psíquicos (Freud, 1923, p. 28)

As experiências e preocupações vivenciadas no período do Complexo de Castração (período em que a criança se percebe faltante e incompleta, diferenciando-se em definitivo da mãe e do ‘Outro’ de maneira geral) fazem com que a repressão (força citada por Freud na passagem acima) possa ocorrer, armazenando-as fora do plano consciente. Notando essa ruptura existente no armazenamento e na manifestação dos conteúdos e processos mentais que compõem o psiquismo humano, Freud coloca a existência da necessidade de estabelecer uma divisão das instâncias dinâmicas do que foi denominado por ele de aparelho psíquico. O autor (1923) estabelece então que este mesmo psiquismo se encontraria dividido em três partes distintas: consciência, o pré-consciente e inconsciente.

Como ponto de partida, portanto, Freud (1923) situou que o que era chamado Inconsciente era um substrato psíquico que ficou submetido à força da repressão. (A força da repressão impede que conteúdos de grande valor simbólico e cheios de investimento libidinal – em grande parte conteúdos relacionados aos afetos e experiências provenientes da vida sexual do sujeito como por exemplo seus primeiros investimentos amorosos, teorias sexuais, etc. – venham à luz da consciência e encontrem uma forma de escoamento).

Em função disso, todos aqueles conteúdos que não estariam submetidos à força da repressão e não estivessem imediatamente disponíveis à consciência, mas seriam facilmente acessíveis à mesma nos momentos que em fossem necessárias, ficariam enquadrados na instância denominada Pré-consciente: “Ao latente, que é inconsciente apenas descritivamente,

não no sentido dinâmico, chamamos pré-consciente, restringimos o termo inconsciente ao reprimido dinamicamente inconsciente(...)" (Freud, 1923, p. 29).

Todavia, segundo Freud (1923), com o decorrer da pesquisa e da construção da teoria psicanalítica, situa que estas distinções que foram feitas de forma inicial mostraram-se um pouco inadequadas e até mesmo insuficientes para a compreensão dos fenômenos. O que teria tornado este fato mais evidente para ele, é que durante o processo analítico, era possível observar que

(...)em cada indivíduo existe uma organização coerente de processos mentais e chamamos a isso o seu *Eu*. É a esse *Eu* que a consciência se acha ligada. O *Eu* controla as abordagens à motilidade – isto é, a descarga de excitações para o mundo externo. Ele é a instância mental que supervisiona todos os seus próprios processos constituintes e que vai dormir à noite, embora ainda exerça censura sobre os seus sonhos. (Freud, 1923, p. 30)

A partir disso, segundo o autor, é necessário, então, alterar a concepção de Inconsciente que se havia estabelecido *a priori*. Freud (1923) explica que tal correção foi necessária porque ele pode perceber que uma parte do *Eu* se encontrava a serviço dos impulsos vindos do Inconsciente. Esta parte inconsciente pertencente ao *Eu* não seria latente – e acessível - como a instância do pré-consciente, mas sim também submetido à força da repressão. “Também uma parte do *Eu* – e sabem os céus que parte tão importante – pode ser *Ics*” (Freud, 1923, p.31). Com essa mudança no conceito do que seria o Inconsciente, Freud complementa a visão acerca da metapsicologia do aparelho psíquico que se constituiu nisto que foi chamado de “a primeira tópica metapsicológica”. Surgem, então, as instâncias do aparelho psíquico que se constituem como uma nova e complementar tópica da metapsicologia (ou psicodinâmica) proposta por Freud. Seriam elas o *Id*, o *Eu* e o *Supereu*.

Para Sigmund Freud (1923), a parte onde há uma organização coerente dos processos mentais e da consciência humana pode ser denominada de “ego”. (Neste trabalho será utilizado o termo ‘Eu’ substituindo o termo ‘Ego’, por ser um termo mais usado atualmente). Para explicar como se desenvolve a noção de “Eu” dos seres humanos (ou seja, aquela instância da

psique na qual indivíduo se reconhece como tal, com características únicas e específicas e reconhece também a posse de seu próprio corpo), primeiramente, é necessário que se tenha em mente que o indivíduo humano não nasce com a capacidade de diferenciar a si próprio do meio externo e das outras pessoas. Para o pequeno sujeitinho, o mundo é ele e ele é o mundo.

Todos os impulsos e excitações que nesta fase do desenvolvimento aparecem para ele de forma difusa e desorganizada, estão submetidas ao que Freud em 1905 denomina de “autoerotismo”. É a partir da relação com a mãe ou cuidador(a) que esses impulsos vão se organizando e se submetendo à supremacia da linguagem, que organiza e dá um aparato simbólico para os impulsos e excitações. É nesta fase também que a relação de objeto, ou seja, relação com todo o ambiente externo e com a mãe, provoca no sujeito o nascimento do que chamamos de narcisismo primário

(...)posso ressaltar que estamos destinados a supor que uma unidade comparável ao Eu não pode existir no indivíduo desde o começo; o Eu tem de ser desenvolvido. Os instintos autoeróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao autoerotismo — uma nova ação psíquica — a fim de provocar o narcisismo. (Freud, 1914, p. 79)

Tais instintos auto eróticos citados por Freud estariam intimamente vinculados à instância mais primitiva do aparelho psíquico humano, denominada de Id. Para ele (1932), o Id é a sede da pulsão no indivíduo, e está sujeito ao que o autor chama de Princípio do Prazer. Como nota de esclarecimento, pulsão neste caso seriam esses primeiros impulsos mais primitivos do sujeito, que estariam no limiar entre o anímico e o físico e teriam sua organização submetida à inserção desse sujeito na linguagem e na relação com o outro, que direciona seus impulsos a partes do corpo e à linguagem.

Freud também pontua como sendo essencial no funcionamento do id o fato dele ser atemporal, ou melhor, nele não existe diferenciação lógica de tempo: “No id não há nada que corresponda à ideia de tempo; não há qualquer reconhecimento da passagem do tempo e (...) nenhuma alteração em seus processos mentais é produzida pela passagem do tempo.” (Freud,

1932, p. 79). Tendo este funcionamento totalmente desvinculado de uma noção lógica de tempo, o Id estaria constantemente sujeito à ação das reminiscências e precipitados da vida sexual infantil.

O Id também é a sede de toda a energia pulsional. Inicialmente, haveria apenas uma luta pela satisfação das necessidades pulsionais, e a mesma estaria totalmente sujeita ao Princípio de Prazer. Freud aponta também que no Id não há lógica, ou seja, não há contradição: “Impulsos contrários existem lado a lado, sem que um anule o outro ou diminua o outro: quando muito, podem convergir para formar conciliações, sob a pressão econômica dominante, com vistas à descarga de energia” (Freud, 1932, p. 78). No Id também não se encontrariam juízos de valor. Nele se desconheciam, assim, os ditos bem e mal, os juízos morais, etc.

O surgimento do Eu nos indivíduos se dá pelas necessidades e exigências que vão aparecendo para o sujeito (exigências essas provenientes tanto da demanda do mundo externo quanto do interno). Até então o mesmo se encontra totalmente tomado pela força e impulsos do id. É a parte do aparelho psíquico responsável pela representação do mundo externo para o id, que é o carro-chefe do psiquismo do indivíduo. É proveniente também da grande necessidade de controle da força pulsional do mesmo (Freud, 1932).

Fica, então, perceptível que é necessário que exista grande controle dos impulsos provenientes do id para que o indivíduo se adapte à convivência com o outro e com o mundo. O grande responsável por esta espécie de renúncia instintual que o id sofre é o Princípio de Realidade. Pela regência do Princípio de Realidade, “O Eu evolui da percepção dos instintos para o controle destes, esse controle porém, apenas é realizado pelo representante [psíquico] do instinto quando tal representante se situa no lugar que lhe é próprio (...)” (Freud, 1932, p. 81)

Pode-se dizer, portanto, que um Eu organiza a vida psíquica e pulsional a partir das sensações e impressões vivenciadas e que se utiliza dos resíduos mnêmicos das mesmas.

Todavia, torna-se importante relembrar que toda a estrutura do Eu parte do Id, que é a base de todo o aparelho psíquico.

O Eu tem seu núcleo no sistema perceptivo-consciente. Ele é, sobretudo, um "Eu corporal", uma projeção psíquica da superfície do corpo. O Eu origina-se do contato do indivíduo com a realidade - ainda é responsável pelo teste de realidade. Ele é em grande parte inconsciente, aprofunda-se no recalçado, sua base está em contato com o Id. (Câmara, 2010, p 21)

Freud também evidencia que, em termos dinâmicos, o Eu é mais frágil e toma emprestado do id suas forças. Freud (1923) situa que os vínculos libidinais estabelecidos pelo indivíduo estando sujeitados aos impulsos do id, ficam fora do controle e da temporalidade do Eu. Portanto, o mesmo precisa ceder à força do id neste caso e assim manter-se identificado aos objetos de investimento amoroso para que não seja necessário abrir mão deles, e é esse o movimento realizado para o surgimento do Superego.

Nas reflexões propostas por Freud no texto “Sobre o narcisismo – uma introdução” de 1914, postula-se que para que o indivíduo possa sair do estado de represamento de libido no próprio Eu (pois segundo os termos do Princípio do Prazer, não é um estado desejável) e possa relacionar-se com o mundo externo, ele precisa vinculá-la a esses objetos. Cria-se aí um conflito insuperável: ao mesmo tempo que o Eu deveria se proteger e conseguir controlar os impulsos do id, depende do mesmo em termos dinâmicos e tem de submeter à sua soberania.

A relação do Eu para com o Id poderia ser comparada com a de um cavaleiro para com seu cavalo. O cavalo provê a energia de locomoção, enquanto o cavaleiro tem o privilégio de decidir o objetivo e de guiar o movimento do poderoso animal. Mas muito frequentemente surge entre o ego e o id a situação, não propriamente ideal, de o cavaleiro só poder guiar o cavalo por onde este quer ir (Freud, 1932 p. 82)

De acordo com Freud, além de obedecer à soberania do id e administrar a relação com o mundo exterior, o Eu também tem que seguir as instruções de um terceiro “senhor” – o Supereu, que surge num momento posterior como uma instância extremamente importante e será contemplado de forma mais pormenorizada a seguir.

3.1.2.2 O Supereu (Ou Superego) e o Ideal de Eu

O retorno à primeira e à segunda tópicos justificam-se pois o Supereu é a última instância psicodinâmica que surge no aparelho psíquico da “segunda tópica metapsicológica”. Ele, assim como o Eu, tem sua origem como um substrato do id – e devido à maneira como se desenvolve, é considerado a herança psíquica do período do Complexo de Édipo. A pesquisa realizada por Freud que desembocou no conceito de Supereu surgiu da seguinte maneira: o autor situa que ao analisar quadros específicos como o da melancolia e da paranoia, um fato se mostrou curioso: no psiquismo das pessoas que se encontravam acometidas pelas mesmas, havia uma instância que vigiava, julgava, avaliava e acusava o Eu:

Poderia dizer simplesmente que a instância especial que estou começando a diferenciar no Eu é a consciência. É mais prudente, contudo, manter a instância como algo independente e supor que a consciência é uma de suas funções e que a auto-observação, que é um preliminar essencial da atividade de julgar da consciência, é mais uma de tais funções. E desde que, reconhecendo que algo tem existência separada, lhe damos um nome que lhe seja seu, de ora em diante descreverei essa instância existente no Eu como ‘*supereu*’ (Freud, 1932, p. 66)

O Supereu, então, seria a instância responsável por avaliar e controlar o Eu, porque segundo citado anteriormente, neste período, os pequenos sujeitinhos não possuem capacidade de emitir julgamentos morais e não possuem as mesmas inibições internas dos adultos para com seus instintos. “O papel que mais tarde é assumido pelo Supereu é desempenhado, no início, por um poder externo, pela autoridade dos pais. A influência dos pais governa a criança, concedendo-lhe provas de amor e ameaçando com castigos(...)” (Freud, 1932, pg. 67). Conclui-se, então, que o papel de regular e controlar o comportamento desta criança inicialmente é dos pais para somente depois ser assumido pelo Supereu por meio da identificação com o Ideal de Eu parental e suas exigências sádicas e de gozo.

Durante o período do Complexo de Édipo, como citado anteriormente, a criança dirige todos os seus impulsos amorosos e sexuais às figuras parentais, porém é interdita em suas intenções. Quando isso acontece, a criança se vê obrigada a renunciar a tais impulsos e juntamente a esta renúncia, nasce um sentimento de culpa: “Na origem do sentimento de culpa estaria presente uma renúncia ao instinto, por medo de perder o amor ou seu equivalente, o medo da agressão por parte de uma autoridade externa” (Lopes, 2001, p. 138).

O que é possível observar a partir da construção de caso do paciente C é uma forte inibição – de cunho sintomático – causado por essa instância julgadora cuja natureza inconsciente estamos tratando de desvelar. C abre mão de sua via desejante na vida para não ter que lidar com a frustração de não corresponder ao lugar de Ideal na relação com o Outro, bem como paradoxalmente não abrir mão desse lugar na relação com a mãe ao manter-se colado aos seus desejos e demandas. Há outra característica importante a ser observada: ao julgar estar cometendo algum tipo de erro ou equívoco, C é tomado por uma enorme ansiedade, cuja tonalidade é a da culpa. Sempre que precisa faltar em alguma sessão, por exemplo, pede mil desculpas e passa algum tempo tentando justificar-se. Assim fica evidente a importância do Supereu nas características depressivas que apresenta, pois qualquer erro vem acompanhado de um mal julgamento acerca de si próprio e do sentimento de culpa por frustrar o Outro.

Lopes (2001) ainda reitera que a consciência moral do Supereu funciona como um impedimento para a realização do desejo, o que faz o sujeito recuar diante dele. É nesse recuo do desejo, portanto, que nasce a culpa do sujeito depressivo. “As formas de resistir poderiam ser: rompendo a relação e se retirando ou mantendo firme a vontade deste bem para o outro, forçando o outro (...) posição que causa surpresa, horror e espanto” (p. 139). Sustentar o desejo seria, portanto, correr o risco de perder o amor do Outro ou ser punido por ele, o que deixa eminente uma experiência de desamparo. O Supereu então seria a instância psicodinâmica

responsável pelo recuo depressivo, ao mesmo tempo que causaria no sujeito o sentimento de culpa.

Entretanto, pode-se perceber que essa renúncia pulsional não é realizada sem uma compensação satisfatória por parte do id. Para que não seja necessário desinvestir completamente dos ‘objetos sexuais’ parentais, o Eu se identifica com eles. Por isso eles são internalizados no psiquismo e como Supereu, exercem o papel da lei e da interdição no psiquismo do indivíduo. “No decurso do desenvolvimento, o Supereu também assimila as influências que tomaram o lugar dos pais – educadores, professores, pessoas escolhidas como modelos ideais.” (Freud, 1932, pág. 70). Com isso Freud evidencia mais uma das características do chamado Supereu. Ele também teria uma relação simbiótica com o que o autor chama de “Ideal de ego”. Funcionaria como

(...)o veículo do Ideal de Eu, pelo qual o Eu se avalia, que o estimula e cuja exigência por uma perfeição sempre maior ele se esforça por cumprir. Não há dúvida de que esse ideal de ego é o precipitado da antiga imagem dos pais, a expressão de admiração pela perfeição que a criança então lhes atribuía. (Freud, 1932 p. 70)

O ideal de eu, além de ser o precipitado da imagem pré-histórica das figuras parentais, seria também, segundo o autor (1914) um substituto do que chamamos de narcisismo primário. A partir do momento na qual é possível ao sujeito dirigir libido ao outro, torna-se, então, narcisismo secundário. O Ideal de Eu tem papel importantíssimo no que concerne à auto avaliação do Eu, é o modelo pelo qual o Eu deve se basear e se tornar idêntico e é na tentativa de igualar-se ao Ideal que o sujeito depressivo sofre, ele não aceita nada menos do que corresponder ao Ideal.

Moreira (2002) explicita, então, a partir deste jogo dinâmico de forças que foi descrito por Freud, que a melancolia é proveniente de um grande conflito existente entre o Eu e o Supereu. “Tem-se, portanto, que a excessiva severidade do Supereu corresponde à força da defesa anteriormente necessária para resistir aos desejos incestuosos e parricidas características

do conflito edípico.” (p. 89). Aponta também que o conflito que acontece em função dos sentimentos ambivalentes empresta um cunho patológico ao luto, onde o sentimento de culpa e a auto recriminação tornam a pessoa enlutada “responsável” pela perda do objeto, ou melhor, é como se em algum momento houvesse ocorrido um impulso de desejo para que isso acontecesse. Isso, então, fica como um registro inconsciente do sujeito, que se atrela à culpa e à auto recriminação melancólica.

Aqui, voltemos ao caso atendido. É possível observar em C que ao posicionar-se como objeto (tanto do pai quanto da mãe), encontra uma maneira de manter-se identificado com os ideais de ambos, entretanto ao não se sentir retribuído em suas intenções não consegue seguir em frente com a sua vida, aprisionado pela culpa de ‘não ser tão bom quanto o pai’, ‘não ser bom o suficiente’ e a partir disso passa a viver pra sempre na posição do filho bastardo. Seu Superego tirano, que emite juízos de valor baixíssimos a respeito de si mesmo (ele não se vê digno nem merecedor do afeto e da admiração das pessoas) não permite que ele possa concluir nada que começa (como as faculdades que iniciou por exemplo), por nunca acreditar ser bom o suficiente.

No subitem seguinte, de forma a complementar a compreensão acerca da dinâmica do aparelho psíquico no que tange à posição depressiva que se discute a partir do caso do paciente C, faz-se necessário um aprofundamento acerca da temática da depressão. A partir dessa sistematização fica possível estabelecer uma metapsicologia da depressão, que nos ajuda a distingui-la da melancolia. Dessa forma, pretende-se também pormenorizar os mecanismos de defesa do Eu (mais um argumento em favor do narcisismo) frente às perdas e também de que maneira isso desemboca na posição subjetiva de cada sujeito.

3.2 ASPECTOS ESTRUTURAIS E PSICODINÂMICOS DA DEPRESSÃO

A depressão como sintoma social é aquilo que resiste – ao imperativo do gozo, à fé na felicidade consumista, à própria oferta de possibilidades de traição da via desejante. O depressivo, que sofre do único sentimento de culpa legítimo, o de ter traído sua via, culpa-se diante do Supereu por não tirar proveito de sua traição. Sente-se culpado por não ter sido capaz de corresponder aos ideais contemporâneos de bem-estar e felicidade. A dolorosa consciência de sua inadaptação é confirmada pelo empenho da indústria farmacêutica em devolver os depressivos ao convívio regular com o coro dos contentes. (Kehl, 2009, p. 103)

O atendimento do paciente C nos dá todas as pistas da posição que o depressivo assume: ele desiste no meio do caminho por temer e acreditar não ser bom o suficiente e culpa-se por fazê-lo. É também a partir da análise deste trecho extraído do livro “O tempo e o cão”, de Maria Rita Kehl, que fica possível inferir, portanto, que a maior característica do sujeito depressivo é a ‘desistência’. Como é possível observar na passagem extraída, o depressivo posiciona-se abrindo mão de sua via desejante e então passa a se ressentir disso, reivindicando o lugar de Ideal uma vez já ocupado.

Situemos do que se trata o desejo da qual o depressivo abre mão: segundo Laplanche e Pontalis (2001), o desejo nasce do desnível entre a necessidade do sujeito e a demanda do mesmo. Os autores situam que a necessidade visa um objeto específico e satisfaz-se com ele. Já a demanda é uma formulação dirigida ao outro, já submetida à formulação da linguagem. Portanto, o desejo é irreduzível à necessidade pois não é exatamente uma relação com um objeto real e independente do sujeito, mas com uma fantasia que faz lugar de objeto. É irreduzível também à demanda na medida em que se impõe sem levar em conta a linguagem e a demanda do outro, mas exige ser reconhecido por ele.

Portanto, não há movimento desejante se não há esse desnível entre necessidade e demanda, o desejo nasce da falta e sem falta não há desejo. Isso nos levanta um questionamento: em prol de que o tal sujeito depressivo acaba abrindo mão de seu desejo e fica paralisado no vazio? Fédida (1999) aponta que o vazio depressivo é investido como um órgão

psíquico, como se fosse uma forma de materializar e concretizar algo muito investido de afeto. Para ele, é a experiência psíquica da instância ou da espera de sentido, que mantém a existência em suspenso como se fosse uma ‘não-existência’. É “uma organização narcísica primária do Eu antes de começar a se preencher” (p. 71), ou melhor, antes de elaborar e dar significado à experiência traumática que abalou o psiquismo. Funciona, portanto, também como uma defesa à integridade do Eu, o que denota a importância que esse recuo tem em termos de elaboração psíquica e esse é um ponto muito importante no que tange ao processo depressivo decorrente do trabalho de luto: ele tem função de elaboração da experiência traumática da perda.

Seguimos com as características psicodinâmicas e o posicionamento subjetivo do sujeito depressivo. Kehl (2009) nos aponta mais algumas delas. Segundo ela, no discurso desses sujeitos eles tentam definir uma narrativa que estabelece um ‘antes e depois’, o que possibilita inferir que as depressões podem ser classificadas ao lado das neuroses, pois há uma sequência temporal na narrativa. Entretanto, apesar de conseguir estabelecer a origem histórica de seu mal, fica evidente que o vazio psíquico ao qual o depressivo é submetido compromete a construção narrativa de elaboração e a construção temporal de uma história. O que acontece, então, para que o sujeito depressivo fique preso nesse vazio psíquico? Retornemos à teoria freudiana do complexo de Édipo.

Ao deparar-se com a distinção anatômica entre os sexos, a criança passa a teorizar a respeito de sua sexualidade e seus modos particulares de satisfação sexual. Após algum tempo, o pequeno sujeitinho tira algumas conclusões e a partir disso estabelece-se um triângulo amoroso entre o pai, a mãe e a criança. Freud (1924) aponta que há um conflito nesse momento. A criança não quer abrir mão da mãe como objeto de satisfação ao mesmo tempo que é interdito em suas intenções pela figura do pai, que também se oferece como um objeto de amor.

C nos indica que a triangulação realizada no período do complexo de Édipo é determinante para a concepção que o sujeito vem a adquirir no decorrer da vida no que tange a seu lugar na relação com o outro. É a partir do questionamento “quem sou eu para o outro?” que ele se posiciona e encontra seu lugar. Khel (2009) indica que esse conflito se resolve a partir da concepção fálica que a criança adquire a respeito das relações amorosas. Quem tem o falo tem o poder, a onipotência e as maiores possibilidades de satisfação sexual. Na relação entre mãe e bebê é necessário que a mãe invista a criança como seu objeto fálico, idealizando-o e investindo narcisismo de maneira que a criança se acredite potente e realizadora do desejo desta mãe e se identifique com o lugar fálico, que no caso de C é um lugar que ele resiste em deixar ao manter-se identificado com o lugar da mãe na relação com o pai e ao atender todas as demandas postas pela mesma. A autora (2009) aponta que o depressivo possui esse registro, diferentemente do melancólico, que não o possui.

O depressivo está marcado pela castração, mas não a simboliza. Até aqui, não se diferencia do neurótico. Só que a castração para ele é motivo de dor narcísica e vergonha (...) uma vez que ele se instalou na condição de castrado (...) para esquivar-se da rivalidade fálica com o pai, e, conseqüentemente com os substitutos dele. (...) permanece, na versão imaginária da castração infantil: aquele que nada pode. Se tivesse entrado na rivalidade com o pai, como faz o neurótico, o depressivo estaria fadado à derrota; mas, ele preferiu se retirar do jogo sem ao menos tentar, o depressivo se envergonha de impotência. (p. 201)

De acordo com Quintella, Pinheiro e Vertzman (2010), a depressão constituiria, a segunda face de uma mesma moeda: onipotência narcísica e estase depressiva. A depressão se constituiria como um efeito da não-destituição da crença narcísica fálica, esta última surgindo a partir da instauração do Ideal do Eu. É a superestimação do Eu Ideal, subjacente ao sentido de onipotência narcísica que precisamente estabelece tal ordem de coisas inerentes à “Sua Majestade o Bebê”. Diante da perda do Eu ideal em função da inserção da castração., o Eu infantil, forjado pela crença da onipotência e da unidade narcísica, depara-se com um impasse cuja saída vai definir a rota pela qual trilhará seu caminho como sujeito.

O deprimido, diferentemente do melancólico, protesta contra a perda. Não se permite lançar-se a novas possibilidades de investimento objetal. Há na depressão um registro psíquico da perda. O deprimido martiriza-se por ela e sabe o que ficou perdido. Por isso mesmo não há retorno do objeto sobre o eu, dado que o deprimido foi fígado pelo investimento dos pais e pela formação da imagem de si. O deprimido tece uma narrativa sobre a perda, contudo não encontra sustentação para sua elaboração. (p. 160).

O depressivo, portanto, clamaria por uma “perda de si”, reivindicando seu lugar de Eu Ideal. Essa é a principal perda para o depressivo: o lugar fálico. Aí é onde podemos conectar o luto à depressão, dado que a depressão é a vivência de uma perda radical do narcisismo infantil. Rosolato (1984) situa que o sofrimento depressivo visa reencontrar o lugar fálico na relação com a mãe, protegendo-o do risco de uma falta permanente. O que justifica sua fixação ao Eu Ideal.

Aqui, podemos estabelecer as relações com o caso do paciente C. Pode-se situá-lo como aquele que ‘abriu mão de sua via desejante para não perder o lugar fálico’, o que se choca paradoxalmente com o lugar de ‘filho bastardo’ com a qual ele se identificou por toda a vida. O conflito vivido por C ilustra bem o posicionamento depressivo de ‘queixa por perder o lugar fálico’. Ao não ter suas expectativas correspondidas, C fica à mercê das crises de angústia e da compulsão, entendendo que ser ‘o filho bastardo’ é o motivo pelo qual ele não tem valor algum, num movimento de tudo ou nada.

A partir deste momento, faz-se necessário situar a depressão em relação ao luto e à melancolia. Quais as distinções, então, entre cada um dos casos? Para que tais distinções sejam esclarecidas, bem como para melhor situar a importância do narcisismo em ambos os processos (hipótese levantada no início da pesquisa), apresento na sequência a construção do caso da paciente I.

4 I; 66 ANOS – NARCISISMO E MELANCOLIZAÇÃO

I também é encaminhada para atendimento no CPA da UFPR a partir grupo de apoio ASDL (Amigos Solidários na Dor do Luto). Segundo ela, decidiu procurar tanto o grupo quanto o atendimento psicológico por indicação da nora S. De acordo com seu relato, a nora indicou que ela procurasse o grupo pois I ficou muito deprimida após o falecimento de seu filho D. S acreditava que frequentar o grupo faria bem para a sogra. A partir da participação em algumas das reuniões do grupo conseguiu atendimento psicológico e depois que iniciou o atendimento individual não frequentou mais o grupo de apoio.

Quando questionada a respeito da morte do filho relata que o mesmo se suicidou a cerca de 3 anos, por meio de enforcamento. D tinha 36 anos, era bancário havia muitos anos e morava com a mãe, a esposa S e a filha Y. I relata que no dia em que o filho se matou a esposa e a filha dele haviam viajado para a cidade natal para visitar a família. Segundo ela, no dia em questão ela não reparou em nada diferente no comportamento do filho. Diz apenas ter achado um pouco estranha a movimentação dele pela casa e quando foi conferir o filho havia se enforcado no quarto. “Fui conferir onde ele estava, achando que ele estava sentado no carro ouvindo música como fazia sempre mas achei ele morto no quarto, foi um choque” (sic).

Diz que desde então passou a se sentir muito sozinha, pois o filho era quem mais lhe fazia companhia e ajudava com tudo (desde pequenos consertos da casa até acompanhá-la ao médico, etc.). Depois do falecimento de D, a nora S e a neta Y se mudaram de casa para recomeçar a vida, então I ficou morando sozinha. “D fazia tudo para mim, era meu grande parceiro. Era ele quem resolvia tudo em casa. Depois que ele morreu acabei precisando morar sozinha pois S quis recomeçar a vida só com a minha neta. Tenho saudades da minha neta, do meu filho e da minha nora” (sic). D não era filho único; I possui mais um filho, A. Entretanto a paciente relata que A sempre foi um pouco menos próximo a ela devido ao fato de estar sempre viajando a trabalho e já não morarem juntos a algum tempo.

I também relata que desde que se mudou para Curitiba (antes ela e os filhos moravam no interior do Paraná) passou a adotar muitos animais: gatos, cachorros e aves – principalmente gatos - e passa uma boa parte do seu tempo e dinheiro investindo no cuidado deles. O cuidado com os animais é muito relevante no discurso de I, ela refere-se aos mesmos quase como se fossem pessoas: dá remédio para eles na mamadeira, por exemplo, fala da personalidade de cada um deles, etc. Falar dos animais toma boa parte do seu discurso: em todos os encontros, ela usa pelo menos uma parte do tempo para relatar os cuidados que precisa ter com os bichos, a rotina de organização para esses cuidados e etc. Durante as sessões (principalmente nos encontros iniciais) ela sempre usa uma parte de seu tempo contando se um dos bichos ficou doente, se precisou levar ao veterinário, como está o cuidado de tal ou tal animal que está doente, mostra fotos, etc. “Meus animais são hoje a única coisa que me seguram viva, dão sentido à minha vida. Sem eles eu não tenho porque continuar” (sic).

A princípio dava a impressão que o relato excessivo acerca dos animais era um meio que I tinha para evitar falar dolorosa perda do filho, entretanto pareceu se tratar de algo de fundo mais basal quando deixo-a falar deles por quase uma sessão inteira com o intuito de entender o porquê de I falar tanto deles. Se eles apareciam tanto assim em seu discurso, ela certamente estava dando indícios de algo mais importante que uma simples dificuldade em falar da perda do filho. Nessa mesma sessão, foi possível perceber melhor sua relação especular com os mesmos e o quanto isso tinha função de aplacar a angústia de coisas que ela não podia ou não estava preparada para suportar. (Ao final da sessão ela se deu conta de que não soube lidar com uma possível rivalidade existente entre os filhos, na qual D se sentia sempre em certa desvantagem em relação ao irmão.)

De acordo com I, D tinha o desejo de ser piloto de avião (atual profissão do irmão A), entretanto precisou começar a trabalhar desde cedo para sustentar a esposa S e a filha Y. Para isso então tornou-se funcionário público. Em muitas sessões, I afirma que sempre acreditou

que D fosse mais arrojado e mais independente que seu outro filho - A - para dar conta das coisas da vida, o que fazia com que ela voltasse um pouco mais a atenção para ele. “Eu acabava dando mais atenção para o A, e acho que o D se ressentiu disso em algum momento. Não dei conta de perceber que poderia haver algum tipo de rivalidade entre eles.” (sic)

I também relata algo de suma importância ao falar de seus bichos. Quando questionada sobre como foi que ela passou a adotar tantos bichos e como isso foi se tornando tão importante para ela, relata que sempre teve cachorros, mas sempre um ou dois e quem gostava de gatos era a nora S. Ela diz que o primeiro gatinho que teve foi S e D que adotaram e levaram para casa. Com o passar do tempo, ela foi adotando um animalzinho aqui e outro ali (principalmente gatos) por meio dos colegas de trabalho dentro da escola que sempre a ofereciam. “Eu não sei lidar com nenhuma perda. Então a cada gato que adoecia ou sumia eu adotava dois. É como se fosse uma forma de compensar o que eu perdi. Cada perda me faz me sentir mais incapaz e insuficiente” (sic). Essa fala então dá os indícios necessários para compreender então que há na relação estabelecida por I com seus animais um mecanismo de compensação no que diz respeito à frustração e à separação, como se a relação especular com seus bichos tivesse um efeito de reparação narcísica para a mesma, fazendo com que I desse conta de suportar a angústia causada pelas frustrações e perdas.

Questionada sobre o motivo que a levou a mudar-se do interior do Paraná para Curitiba há cerca de 10 anos ela relata uma passagem que segundo ela foi muito marcante na sua vida. I é professora, e relata que houve uma situação na escola onde trabalhava na qual um aluno lhe desferiu um soco e ela se sentiu muito desamparada. Segundo ela, o rapaz tinha problemas com uso e tráfico de drogas e sempre foi muito agitado, era seu aluno já a algum tempo. Nesse dia específico ele estava atrapalhando a aula e I pediu que ele se retirasse da sala; foi quando o aluno lhe desferiu um soco. Depois disso, I nunca mais conseguiu dar aula normalmente e passou um período sem conseguir sair de casa. De acordo com I, a coordenação da escola não

a apoiou e o aluno passou a ameaçar ela e a família e por isso ela se mudou para Curitiba com a família.

Questiono-a sobre o porquê da escola não a ter apoiado e ela relata que ela discordava do posicionamento político da escola e por isso não tinha apoio da coordenação. De acordo com I, a escola não concordava que ela ao ensinar sobre determinados assuntos fizesse uma contextualização histórica e política. I achava importante e por isso fazia mesmo assim, o que deixava ela sem respaldo da coordenação. “Eu ia contra a coordenadora porque não tinha como ensinar determinado assunto sem falar do contexto histórico. Quis manter meu posicionamento político” (sic). O fato de ter sido agredida faz então com que ela se deprima e se afaste das salas de aula definitivamente.

Ela relata também que por um bom período após o acontecido não conseguia sair da cama, cuidar das coisas da sua vida e que os filhos a ajudaram muito nessa fase. I, ao constatar sua impotência diante da agressão do aluno entra num movimento interno de culpa e horror por não ter percebido e nem evitado o que poderia acontecer, o que faz com que ela não consiga retomar normalmente sua vida após o acontecido. Segundo ela, foi o fato de mudar-se para Curitiba que fez com que ela se sentisse muito melhor para retomar a vida. Em Curitiba hoje em dia ela continua trabalhando com Educação, mas não assumiu nenhuma turma como professora, trabalha numa função administrativa dentro da biblioteca de uma escola. “Fiquei com trauma de dar aula, um medo enorme de entrar em sala e ser agredida novamente. Não consigo mais trabalhar como professora” (sic)

I relata que o que mais a abateu tanto na situação com o aluno quanto na morte do filho – duas ocorrências que ela situa como cruciais para o mal-estar que a levou a procurar por atendimento psicológico - é o fato de que essas ocasiões a fizeram sentir-se incompetente e incapaz, como se ela não conseguisse nem perceber o risco que corria com o aluno quanto nem de tomar alguma atitude no que tange ao que ocorria com o filho. Com relação à perda do filho

ela relata que há alguns meses ela sentia o filho um pouco estranho, mas não quis questioná-lo por achar que era passageiro. Apesar de atribuir esse caráter transitório ao comportamento do filho, ela relata que no íntimo ela se inibiu também por temer o que poderia estar acontecendo. “Acho que não falei nada com ele por medo de ouvir a resposta. Também não quis ser invasiva” (sic). Contudo, essa não foi a primeira vez que I não percebeu que algo estava acontecendo com o filho.

Ela relata que quando o filho era adolescente, passou dois anos inteiros sem ir à escola, e que ela só tomou conhecimento da situação nesses dois anos quando a situação já havia se tornado irremediável. Um detalhe importante nessa passagem é que o filho de I estudava na escola onde ela trabalhava. Levando em conta o fator surpresa que constam nos relatos relacionados à agressão do aluno e à morte do filho, essa outra informação a respeito da relação entre I e D dá novas pistas de um mecanismo de funcionamento psíquico inconsciente na qual I deixa passar desapercivelmente algumas coisas de forma sintomática, como se houvesse nela um tipo de recusa a saber do que acontecendo, o que torna importante o questionamento acerca dessa desatenção.

Como resposta ela diz que ninguém na escola a avisou sobre as faltas do filho e que ela só descobriu que ele não estava mais indo para as aulas pois chegou mais cedo em casa um dia e ele já se encontrava ali e pelo horário ainda deveria estar na escola. Segundo ela, o filho foi descoberto da primeira vez e repetiu o ato no ano seguinte, relatando que não queria estudar. Ao relatar esse ocorrido I não se implica nele em momento algum, suas respostas são sempre num tom de fatalidade – o ocorrido está sempre aquém de sua possibilidade de percepção e intervenção. Posiciona-se quase sempre como uma vítima das fatalidades que lhe ocorrem. Segundo ela, após esse ocorrido, D retomou os estudos e iniciou duas faculdades (em momentos distintos), não dando sequência em nenhuma delas – largou ambos os cursos no meio. I não sabe dizer o porquê.

I relembra também que a criação de D e A foi bastante trabalhosa e exigiu bastante esforço dela. Relata que teve que se virar sozinha para criar ambos. Reitera que se casou muito cedo (tinha cerca de 20 anos) com um homem mais velho que era amigo da família. Diz não ter tido apoio da mãe e nem do restante da família nessa decisão, entretanto insistiu que queria se casar e se casou mesmo sem o suporte familiar. Seu ex marido já tinha uma filha e dizia não querer mais ter filhos, mas com cerca de 10 anos de casamento I decidiu que queria engravidar mesmo a contragosto do esposo. Teve então A e D. A é o mais velho, D era o mais novo. Logo depois que os filhos nasceram, I decidiu se separar do marido, que segundo ela era abusivo, bebia muito e chegou até mesmo a agredi-la. Ela refere que nunca mais teve interesse em se relacionar amorosamente com mais nenhum homem depois da separação e que isso não faz falta para ela.

Sem contar com o apoio familiar e nem do pai de seus filhos (que a essa altura apenas auxiliava os filhos com o mínimo necessário), I relata que sempre precisou trabalhar muito para poder cuidar dos filhos e sempre lidou com severas críticas da mãe à forma como organizou sua vida e criou seus filhos. “Minha mãe me diz que eu não soube criar meus filhos porque eles sempre foram muito arteiros, mas nunca se aproximou deles, nunca deu carinho. Apenas os criticava e excluía.” (sic). Ao citar as críticas da mãe ela relata uma passagem onde os filhos eram crianças e ela colocou uma caneca de leite para ferver e saiu da cozinha, então os filhos subiram na tampa do forno do fogão para ver o que tinha no mesmo e derrubaram todo o conteúdo da caneca em si mesmos, o que causou queimaduras graves em ambos. Também cita que a mãe a critica até hoje e nas sessões falou constantemente das dificuldades de relacionamento com ela.

De acordo com I, desde que era criança sua mãe tece duras críticas à maneira como ela organiza sua vida e faz as coisas. Também relata que a mãe é egoísta e nem um pouco afetuosa com ela. I é a mais velha de cinco irmãos e ficou encarregada do cuidado da casa e dos irmãos

desde cedo. I relata que a mãe sempre demonstrou uma preferência explícita pelos seus irmãos homens e que sempre exigiu mais dela do que de qualquer outro filho. Segundo ela, o fato de a mãe sempre criticar tudo o que ela faz a deixa se sentindo incapaz, e como se nada que ela fizesse fosse bom o suficiente. Dessa falta de valorização atribuída à mãe é possível perceber mais uma pista acerca dos mecanismos de funcionamento inconscientes da paciente. Cada erro ou cada desaprovação para I é vivenciada e entendida como falta de amor, o que gera nela uma angústia enorme que por vezes ela evita deixando de perceber determinadas coisas ou deixando outras passarem, como no caso do filho.

Entretanto há um fato curioso na história de I com a mãe. Hoje em dia, pelo fato de sua mãe ser bem idosa, I e os irmãos se revezam no cuidado dela aos finais de semana – cada um dos irmãos passa um final de semana cuidando da mãe – e a mãe afirma preferir passar os dias na casa de I do que de qualquer outro filho. “Ela sempre fala que quando não puder mais morar sozinha quer morar comigo, e eu não entendo o porquê, pois ela sempre me critica e pra mim a convivência com ela é muito difícil” (sic).

Outro ponto gerador de conflito na vida de I após a morte de D é a convivência com o filho A. Em muitas das sessões ela relata desentendimentos com o filho, dizendo que ele quer mandar na vida dela e está sempre criticando como ela faz as coisas. “Outro dia o A veio na minha casa e disse que minha casa está cheia de pelos de gato por todo canto, que ele vai me interditar pois eu não estou sabendo cuidar nem da minha casa. Fiquei desesperada, pois meus bichos são tudo o que eu tenho e odeio que o A tente mandar na minha vida. Ele tem a família dele pra mandar, eu sei das minhas coisas ele não precisa mandar em mim como se eu estivesse inválida. Falei que ele não precisava ir mais na minha casa se ele não quisesse” (sic).

O conflito com o filho evidencia ainda mais a importância que o cuidado com os animais tem para I. Com relação a esse tópico, há alguns pontos importantes a serem tratados antes de encerrar a construção deste caso. Houve uma situação na qual I relata ter ficado muito mal,

chorado muito e que foi motivo de conflito entre ela e A. O filho fez questão da presença da mãe num almoço com a família da esposa, e deixou o próprio cachorro no quintal da mãe neste dia. Ocorreu que quando voltaram do almoço, o cachorro de A havia atacado e matado o gato preferido de D, o que deixou I chorando o dia inteiro e com raiva de A. “Se ele não tivesse insistido para eu sair de casa isso não teria acontecido. Até porque ele só me critica quando estamos juntos. Tivemos uma discussão feia nesse dia, fiquei muito mal e passei o dia todo chorando” (sic).

É possível perceber a partir da inicial descrição realizada acerca do discurso de I durante os atendimentos e da narrativa de sua história de vida alguns aspectos que contribuem para a construção de um caso analítico. I é uma mulher que apesar de muitas vezes apresentar uma característica rebelde (como por exemplo quando decide casar-se mesmo a contragosto da família e não aceita algumas das ordens colocadas pela coordenação da escola onde dava aula) possui uma fragilidade paradoxal no que tange a aceitação pelo outro (das escolhas que realiza e dos encaminhamentos que dá para a sua própria vida): ao mesmo tempo que ela insiste em fazer aquilo que acha correto, ela quer a aceitação e o apoio do outro e relata se sentir muito mal quando as pessoas a criticam e julgam, além da sensação de desamparo e frustração que isso provoca nela.

Inicialmente, a “desatenção” com relação à algumas variáveis da sua vida saltam aos ouvidos (como o período em que D não foi à escola e ela não percebeu, por exemplo), como se fosse uma forma de I não se responsabilizar pelo que acontecia ao seu redor, num típico movimento de vitimização. Entretanto, com o tempo de atendimento foi possível perceber que sua falta de atenção com relação a determinadas coisas atua de forma a proteger seu narcisismo frágil: ao não se dar conta da diferença ou daquilo que a faria frustrada, I protege-se e não tem que lidar com o que a frustra ou a separa do outro. Seu sintoma tratou de protegê-la. Com o decorrer dos atendimentos fica perceptível que os momentos nas quais I se deprime são

momentos cruciais em que o seu posicionamento perante determinados conflitos é posto em questão, e o fato dela não ter responsabilidade sobre o que lhe acontece a apazigua parcialmente por supostamente eximi-la de responder pelo ocorrido.

Um bom exemplo que ilustra essa observação é quando o aluno a agride e ela se vê como alguém que “não foi capaz de perceber” o que estava para acontecer, assim como ocorreu com a morte do filho e outros fatos importantes relatados anteriormente. É a partir disso que fica possível de observar que nesses momentos seu narcisismo fica completamente ferido, que ela se sente indigna e incapaz apesar de seus esforços.

Em função dessa compreensão de ter sido “incapaz” e o sentimento de desamor que acompanha essa sensação de incapacidade que I passa a viver mediante um recuo tipicamente depressivo – segundo ela não conseguia sair da cama, parou de trabalhar, dentre outras coisas - e com isso vem o sentimento de culpa e incompetência que ela carrega desde muito nova a partir da relação com a mãe, onde qualquer erro ou diferença é compreendida como motivo de desamor e desvalorização. I não consegue lidar com o erro, os mesmos tornam-se feridas enormes e grandes motivos para vergonha.

A idealização de um Eu que não frustra e não é frustrado se torna cada vez mais importante na vida I e seus mecanismos de defesa tratam de recusar parcialmente quase que como uma rebeldia qualquer registro de alteridade na relação com o outro, o que justifica suas constantes desatenções. Tal fato reproduz-se na relação com a psicóloga. No campo transferencial I faz questão de deixar sempre muito claro que não quer ser frustrada e não pode ser abandonada, mesmo tolerando a espera e o hiato entre os atendimentos e tendo limites relacionais profissional-paciente bem estabelecidos. Dirige quase sempre perguntas de cunho particular, mas não dá indícios de querer saber realmente das respostas, tais perguntas parecem fazer função de estabelecer um vínculo afetivo onde ela se sinta aceita e amada pelo outro.

Como ilustração da necessidade de amor e aprovação de I pode-se citar uma das sessões na qual ela relata algumas dificuldades relacionadas ao seu trabalho. Segundo ela, está aguardando sua aposentadoria parcial e como a mesma está demorando para ser liberada ela fica muito incomodada de ter que assinar na sua ficha alguns atrasos que tem cometido por cansaço e liberações para consultas médicas e etc. “Eu não queria ter que assinar o livro para poder ir ao médico, estou cansada” (sic). Quando questionada sobre qual o problema de precisar assinar, ela relata que não gosta de sentir que está fazendo algo errado.

Nessa mesma sessão ela pode retornar à uma sensação muito difícil que ela carrega e segundo ela vem principalmente da relação com a mãe. “Pra ela tudo o que eu faço está errado. Quando era criança eu tinha que ser o exemplo para os meus irmãos, não podia fazer isso e aquilo. É muito difícil para mim sentir que estou errando, tive uma educação bastante rígida” (sic).

Ao mesmo tempo que se envergonha e tem dificuldade com seus erros, I tem uma atitude quase que intolerante quando se vê confrontada em seus posicionamentos. Relata que um dia passou um artigo de internet para uma das irmãs e que esse artigo contrariava a visão política da mesma. Segundo ela, essa irmã pediu que ela não enviasse mais nenhum texto com esse tipo de conteúdo. I sentiu-se ofendida com a irmã e então decidiu bloquear ela de seus contatos, o que denota sua intolerância e como qualquer tipo de crítica ou contrariedade a fere profundamente. Esse relato ilustra a dificuldade da paciente em lidar com a alteridade.

É possível também visualizar a importância que o trato com os animais tem para I no que diz respeito ao seu narcisismo ferido. Ela encontra em seus bichos os objetos perfeitos, que não a frustram e não a questionam. Tendo essa observação em vista, ela é questionada sobre a inconstância e desapego que normalmente são características muito marcantes dos gatos (seus animais prediletos). Como resposta ela diz: “Meus gatos não costumam fugir, e quando isso acontece eles sempre voltam” (sic). Já num segundo momento ela fala “Fico muito triste

quando um gato foge, uma vez coloquei vários cartazes no bairro para tentar achar um que fugiu” (sic), de maneira que fica evidente uma dificuldade em lidar com os animais como eles realmente são e a relação especular estabelecida com eles (há uma evidente dificuldade no registro de qualquer possível sinal de desapego e de inconstância em seus gatos) de forma que seu narcisismo não se fere nessa relação. É possível concluir a partir dessa observação que se estabelece, portanto, um duplo narcísico que impede que I se frustre com seus animais.

Com o tempo de atendimento, o discurso de I no que tange à perda do filho se altera de inconformidade e culpa para uma resignação, em que ela mesmo sem entender muito bem a atitude do filho aceita a perda e o sentimento restante é o de saudade. I tem uma rotina que se pode considerar normal: trabalha, convive com a família, cuida da mãe. O ponto maior de observação é que para tal ela apega-se cada vez mais aos cuidados com seus animais como uma forma de suportar estar no mundo. É notório que o duplo narcísico estabelecido de alguma forma trata de reestabelecer o narcisismo ferido de I, e é por isso que ela sente e relata a melhora no que diz respeito à sua “depressão”. Seus animais funcionam como suporte de sua existência, evitando que ela entre em contato com o vazio e a castração (seus objetos não a frustram e não se contrapõem a ela). Com isso, ela passa a não mais se considerar como “depressiva”. I encontrou uma forma muito peculiar de lidar com as perdas e frustrações, e sendo assim aos poucos foi se reestabelecendo do golpe de perder seu filho.

4.1 RELAÇÕES ENTRE O NARCISISMO, O LUTO, A DEPRESSÃO E A MELANCOLIA

O caso da paciente I nos traz a necessidade de abordar alguns assuntos importantes relativos à questão da alteridade e do narcisismo no que tange à melancolia e a depressão, até mesmo para podermos diferenciá-las. As informações que pudemos adquirir acerca de sua relação com o Outro (sua recusa rebelde às perdas e frustrações) e seus lapsos repetidos

sintomaticamente nos apontam que há no processo depressivo decorrente de seu luto algo mais profundo no que concerne às relações Eu-Outro. Aqui o trabalho de luto é fator fundamental para a compreensão e para que se possam estabelecer distinções teórico-clínicas entre a depressão e a melancolia, bem como delimitar a importância do narcisismo nesse contexto.

Para tanto, iniciaremos o debate acerca do caso a partir das relações entre luto, melancolia e narcisismo. É possível verificar a partir dos relatos dos casos trabalhados (no caso de I principalmente) que a ferida narcísica estabelecida pelas perdas e frustrações de alguma forma exigem uma tolerância à alteridade. O trabalho de luto, portanto, exige que o sujeito possua estrutura subjetiva suficiente para sobreviver frente à perda sofrida. I ao sofrer o luto tanto do filho quanto do lugar de quem está certa em seus posicionamentos (posto em cheque inúmeras vezes, mas principalmente na situação na qual leva um soco do aluno) precisa dar conta de se recompor e encontra uma maneira peculiar ao estabelecer um vínculo especular com seus animais.

O que se verifica em I é uma tolerância rebelde à alteridade: em termos gerais ela consegue aguentar a frustração e a separação, entretanto sintomaticamente as nega não percebendo o que está ao seu redor e se recusando veementemente a ser frustrada pelo outro – aqui é importante situar sua relação especular com seus animais como um forte sinal da negação rebelde da alteridade e como um mecanismo de defesa. O que se verifica é que I tem limites subjetivos bem estabelecidos Eu-Outro, mas por vezes não quer saber dele, o que dá um tom melancólico à sua vivência de perda e à sua construção sintomática, mas não a retira do eixo da vivência da castração que a situa no plano da neurose. I não se encontra melancolicamente identificada aos seus objetos de amor, o que se percebe é que não quer ser frustrada por eles. Nesse ponto retomaremos a questão relativa à melancolia como forma de esclarecer a visão acerca do caso.

Retomando a discussão sobre a melancolia e o luto, mas neste momento acrescentando um toque a mais de compreensão a partir da questão das relações do narcisismo com os mesmos, é possível visualizar que em função do ‘distúrbio de desenvolvimento’ libidinal colocado por Freud que foi citado anteriormente, o melancólico fica identificado com o objeto perdido em função do processo de incorporação do mesmo, que atua no psiquismo como um evento traumático, que não pôde ser simbolizado.

Como ficou frisado, a não-inscrição psíquica da perda objetual revela que o objeto sequer chegou a tomar uma circunscrição na subjetivação melancólica. Nessa condição, o sujeito se esfacela e é absorvido pelo objeto in toto. Não há, para o melancólico, registro simbólico da perda objetual pelo fato mesmo de que a deserção do Outro assinala, na constituição do sujeito, sua própria identificação ao nada. (...) na melancolia, o que se perdeu foi o Eu. Justamente porque esta perda diz respeito ao próprio movimento constitutivo da imagem ideal de si no narcisismo primário que fracassou. O Eu perdido refere-se, na melancolia, à identificação ao nada. Nessa condição, o objeto não se constitui como perdido. Se, no surto melancólico, “o que se perdeu foi o Eu”, é porque – Freud o diz – a sombra do objeto o consumiu, tomou seu lugar – que era, precisamente, uma referência ao nada. O melancólico, como demonstramos, nunca desfrutou de uma imagem jubilosa de si. Nunca se lançou ao enamoramento narcísico condicionado pelo discurso idealizado dos pais. A barreira para a enunciação mesma de um “eu” positivado, cuja narrativa construiria esta possibilidade, levanta-se, paradoxalmente, como tentativa nunca alcançada de construção do sentimento de si na melancolia. (Quintella, Pinheiro e Vertzman, 2010, p. 160)

O que se observa em ambos os casos descritos neste estudo é uma forte identificação com o Ideal do Outro, que tanto I quanto C buscam incessantemente corresponder, entretanto sentem-se profundamente abalados quando não correspondem. Podemos dizer então, que isso faz com que se compreenda que o luto a ser realizado em ambos os casos é o luto do próprio Eu Ideal para sempre perdido. Entretanto, o caso da paciente I nos mostra algumas diferenças em relação ao caso do paciente C.

O que foi verificado no atendimento de I é que seus lapsos e sua recusa às perdas e frustrações entram em conflito direto com uma forte exigência superegóica, mas com um tom um pouco diferente do que se verificou no atendimento de C. As auto-exigências de I não a deixam ansiosa e nem culpada como ele, mas sim em choque. Ela não se implica no que lhe

acontece, o que faz com que as vivências de perda ganhem uma tonalidade traumática. A dor se repete de forma mortífera pedindo elaboração, o que denota a necessidade de mecanismos defensivos e de elaboração. Percebe-se que ela vivenciou tanto a agressão do aluno quanto a perda do filho com horror e surpresa, o que a deixa nesse ‘estado de choque’ que não pôde ser elaborado.

Minerbo (2014) situa que algumas situações potencialmente traumatizantes podem ser vividas pelos sujeitos nos moldes de um colapso narcísico, na qual o Eu desmorona e não tem condições de defender-se. “É o sofrimento ligado às falhas na constituição do eu e à tarefa cotidiana de sobreviver frente a situações vividas como um ataque à sua integridade.” (pg. 208). O desmoronamento narcísico dá uma tonalidade melancólica à vivência traumatizante devido à questão da identificação com o objeto ‘agressor’ na forma de Supereu. (Lembrando aqui que o conflito melancólico não é com a realidade, mas sim com o Supereu tirano com a qual o Eu encontra-se identificado).

Podemos observar do atendimento de I que o sentimento de fracasso decorrente da agressão do aluno faz com que ela desmorone e segundo as palavras da mesma entre em depressão. Um trecho retirado deste mesmo artigo de Minerbo, na qual ela discute um caso semelhante, nos situa acerca do que estamos colocando em debate:

O eu dela sofreu um ataque fulminante do supereu pulsional. Percebe o efeito mortífero desse Supereu? Primeiro ele a acusa de ser incapaz, o que já desorganiza o Eu. Depois vem o golpe de misericórdia, quando afirma que pessoas assim não são dignas de viver. Não é à toa que ela não tinha mais forças para sair da cama (Minerbo, 2014, p. 210)

Tal fato é o que distingue a vivência depressiva de C e de I. Em C, observamos uma construção sintomática que o defende dos excessos. Em I, o que se observa é o uso de um tipo de defesa mais primitiva, de caráter narcisista no sentido de garantir a integridade egóica frente à perda, o que a coloca no plano de uma vivência melancólica do luto, que denominaremos a partir desse momento de melancolização. Para a construção de uma linha argumentativa que se

faça didática, nas linhas seguintes retornaremos ao conceito de narcisismo e sua relação com a melancolia. Pretende-se assim que na sequência seja possível estabelecer aproximações e distinções entre luto, melancolia.

4.1.1 NARCISISMO E MELANCOLIA

Retomando a questão que foi levantada a partir da explicação sobre a passagem da primeira para a segunda tópica freudiana, na qual chegou-se à conclusão de que o jogo dinâmico entre as instâncias psíquicas (Id, Eu, Supereu) define a posição do indivíduo frente aos conflitos da vida e da sexualidade, torna-se necessário pormenorizar que mais uma força psíquica deve ser adicionada e compreendida com profundidade neste contexto da formação do aparelho psíquico: o narcisismo. O autor Oscar Miguelez (2007) reitera que o narcisismo é o conceito chave para explicar esta passagem (da primeira para a segunda tópica) e para a compreensão de toda a estrutura defensiva do Eu frente às experiências traumáticas e os conteúdos recalçados. Situa também que por vezes a falta de profundidade no entendimento deste conceito dificulta a compreensão das demais articulações de Freud no restante de sua obra.

Para que se possa tratar do tema do narcisismo, primeiramente voltemos ao artigo ‘Sobre o narcisismo: uma introdução’, escrito por Sigmund Freud. O autor, neste ensaio de 1914, no qual discute a questão do narcisismo questionando principalmente o funcionamento psíquico do sujeito na psicose e na hipocondria, situa que o narcisismo é a força responsável pelo instinto de autopreservação do sujeito, pela relação deste mesmo sujeito com o mundo externo e seu desenvolvimento define como o Eu se estrutura e desenvolve mecanismos de defesa num longo prazo.

Situa que o narcisismo entra em jogo a partir das forças da libido, que inicialmente encontram-se represadas no próprio sujeito e depois passam a ser direcionadas a objetos externos: “Assim, formamos a ideia que há uma catexia libidinal original do Eu, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais(...)” (p. 83). Freud explicita então que esta passagem do estágio primitivo do autoerotismo (primeira forma de satisfação do sujeito) para um mais refinado e complexo (do investimento em um objeto com finalidade de obter a satisfação sexual) só é concluída quando é adicionada uma força psíquica a mais (no caso, um impulso de libido, que aqui é decorrente da pulsão de vida) que provoca o narcisismo.

O sujeito torna-se capaz de sair do represamento de libido no Eu - da fase onde ele não se diferencia do mundo externo e não possui parâmetros suficientes para definir seu próprio corpo - para a possibilidade de investir libido em objetos dentro de si mesmo por meio das identificações

Uma das particularidades do conceito de narcisismo freudiano é que ele é concebido dentro de uma dialética intersubjetiva (eu/outro). É do encontro com o olhar totalizador da mãe que um “eu” pode ser estruturado. A alteridade possibilita a subjetividade. Exterioridade e interioridade circulam em margens opostas, mas inseparáveis, impossível pensar uma sem a outra. É um equívoco imaginar, pelo menos sob o meu ponto de vista, o narcisismo como solipsismo ou anobjetalidade.” (Miguel, 2007, p. 44)

O Narcisismo, seria, portanto, fundamental no processo de aquisição da noção de Eu, inclusive uma noção corporal, dependendo também das relações com o mundo externo e com o Outro. Contudo, essa visão vai na contramão do senso comum, onde se entende que o narcisista é aquele que só investe em si mesmo. Miguel (2007) também coloca que a presença deste Outro e das demandas do mundo externo são indispensáveis para que o sujeito seja capaz de construir vivências de satisfação que podem ser passíveis de repetição auto erótica. Conclui-se, portanto, que o sujeito, não abandona por completo o autoerotismo, mas transforma as

vivências de satisfação narcísicas de forma que possam ser repetidas de maneira auto erótica por meio dos narcisismos primário e secundário.

Freud (1914) aponta que uma das maneiras pela qual pode-se abordar o estudo do narcisismo é a partir da compreensão da vida sexual dos sujeitos. Essa abordagem também nos ajudará a compreender qual seria o papel do narcisismo na melancolia. Para ele, as primeiras vivências de satisfação sexual ocorrem dentro das funções vitais que tem finalidade de autopreservação (comer, dormir, etc.) e estão atreladas principalmente às pulsões de vida. Todas essas vivências acontecem na relação com os seus cuidadores, principalmente a mãe, e é por isso que os primeiros objetos de amor da criança são os pais e/ou figuras que se ocupam de seus cuidados. Essa seria a forma que Freud denomina de anaclítica de investimento objetal, onde o sujeito escolhe por objeto quem o alimenta e protege.

Ao situar-nos dos tipos de escolha objetal que ocorre nos sujeitos, o autor pontua também que há um porém: “Descobrimos, de modo especialmente claro, que pessoas que em cujo desenvolvimento libidinal sofreu alguma perturbação (...) adotaram como modelo não sua mãe, mas seus próprios eus”. (p. 94). Denomina esta como uma escolha “narcisista” de objeto, onde o sujeito só direciona libido no que pode se transformar numa espécie de avatar de si mesmo. Então, o tipo de escolha narcísico seria o que ela própria é, foi, gostaria de ser ou algo/alguém que já foi parte dela mesma.

Costa (2012) situa que no plano dos tipos de sofrimento tratados nesse trabalho (melancolia, luto, depressão) observa-se na realidade prática da clínica uma falha no desenvolvimento do primeiro tempo do narcisismo (aquele onde a mãe investe seu desejo no infans e erotiza seu corpo, o narcisismo primário) do sujeito: “(...)sua representação imaginária cristalizou-se do vácuo dos ideais maternos.” (p. 12), o que reitera a importância do Ideal de Eu no que tange ao recuo depressivo tratado nesse trabalho. Para o autor, a inconsistência

existente no Eu torna o sujeito incapaz de situar-se dentro de narrativas positivas e não apenas narrativas de subtração, como por exemplo: eu não posso, eu não faço, eu não tenho, etc.

Tais narrativas estão muito presentes no atendimento de pacientes que se dizem depressivos, como é possível visualizar nos casos atendidos. Tanto a paciente I quanto o paciente C referem-se a si mesmos como “incapazes”, e essa é a grande fonte de sofrimento para ambos, o sentimento de imperfeição e incapacidade. Essas narrativas surgem também como um tipo de repetição, meio pelo qual o sujeito pode elaborar determinadas experiências, numa espécie de repetição traumática do conteúdo, daí a dimensão de relação do trauma com a depressão e a melancolia.

Uma resolução melancólica para uma vivência de perda torna o sujeito enlutado identificado com o perdido, o que dificulta a realização do luto. A perda, afetando a identidade, torna-se de difícil elaboração. Segundo Santa Clara (2007) “(...)perder o objeto absoluto é perder a si mesmo nesse objeto, uma vez que a partir da identificação (do retorno do investimento do objeto para o eu), ele passa a ser parte do próprio eu” (p. 133). A identificação com o objeto de amor pode tornar, então, o trabalho de luto um pouco mais complexo de ser realizado

Sendo assim, torna-se necessário fazer algumas considerações acerca de como a perda do objeto amado afeta a subjetividade do indivíduo no trabalho de luto: qual seria então este objeto de amor, a importância para sua constituição subjetiva e como isso se verifica na melancolia e na reação melancólica à perda. Nesse ponto da análise dos casos também se faz importante a sistematização acerca dos conceitos de Eu Ideal e Ideal de Eu, bem como sua relação com o narcisismo. No que tange à identificação melancólica com o objeto perdido, Laplanche e Pontalis (2001) apontam que o processo de incorporação constitui o protótipo corporal da identificação. Ou seja, incorporar o objeto amado também é identificar-se com ele. Os autores definem identificação como “Processo psicológico pelo qual um sujeito assimila

um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. A personalidade constitui-se e diferencia-se por uma série de identificações” (pg. 226).

Nasio (1997) relaciona o processo de identificação que ocorre na pessoa enlutada com o amado perdido a algumas formações específicas do psiquismo, que seriam as representações inconscientes deste mesmo objeto para o sujeito enlutado. O amado perdido, segundo o autor, seria o suporte vivo do que chamamos de ‘Eu Ideal’ do indivíduo, transformado em ‘Ideal de Eu’ ou melhor, o vínculo com o objeto também se trata de uma reminiscência de um momento da vida psíquica onde o sujeito se entendia todo-poderoso e todo-completo. Na sequência serão trabalhados de forma aprofundada tais conceitos. No momento, o que importa é ter em mente que quando o objeto de amor some, junto com ele some uma parte do que o indivíduo concebe como sendo seu Eu e é desestruturada a forma com a qual acredita que pode ser/ é amado pelo outro.

O ‘Eu Ideal’ pertence à fase onde têm início as relações de objeto. Nessa fase do desenvolvimento, há fantasia de completude e onipotência que a criança alucinava ter nos primeiros momentos de vida até se descobrir faltante e incompleta; ou melhor, castrada. É também o momento psíquico na qual ocorre as primeiras definições psíquicas de Eu. Podemos denomina-la de fase do narcisismo primário. “Há uma imensa frustração na criança ao deparar-se com sua insuficiência e a conseqüente necessidade do objeto externo. (...) Isso gera um apelo para que se retorne ao momento idílico de autossuficiência e completude.” (Zuanella, 2016, pg. 61)

Nos sujeitos melancólicos, como foi possível concluir anteriormente, essa espécie de avatar de ‘Eu Ideal’ acaba não passando pelo processo de identificação de maneira que há possibilidades de simbolização, a saída final acaba sendo a incorporação do objeto. Zuanella (2006) aponta que o Eu Ideal é ligado, então, ao narcisismo infantil. Repensando as ligações

existentes entre o luto e o narcisismo, quando falamos dos processos de luto que não se realizam, falamos de um objeto perdido de função estruturante, o que dá o tom melancólico à perda. Já o ‘Ideal de Eu’ é fruto de uma fase posterior do desenvolvimento libidinal e egóico na qual o sujeito já passou pela separação do outro, ou melhor, pela castração, entretanto o registro do que ele ‘foi’ ou ‘poderia ter sido’ mantém-se no psiquismo como ‘Ideal de Eu’, a régua pela qual o Eu deve ser medido e pela qual o Supereu julga e se impõe. Aqui estamos falando da fase do narcisismo secundário, onde o sujeito já é capaz de identificar-se com o outro diferenciando-se dele.

Infere-se, a partir dessa premissa que o melancólico não passa pela transformação do ‘Eu Ideal’ em ‘Ideal de Eu’ (representado principalmente pelo Supereu), que acontece na fase do narcisismo secundário. Isso ocorre devido ao que Freud (1914) chamou de perturbação no desenvolvimento libidinal, que neste caso seria uma falha nas trocas pulsionais entre mãe e bebê, onde a mãe não é capaz de colocá-lo na posição de objeto de preenchimento de sua falta e o narcisismo primário do sujeito não é suficientemente desenvolvido. Zuanella (2016) afirma que “Isso provoca uma alienação referenciada no outro. O sujeito fica preso no olhar do outro de maneira a estabelecer uma indiscriminação entre ambos. O Eu é seu próprio ideal, não há um obstáculo capaz de romper o fascínio do ego por sua própria imagem” (p. 59). Tal passagem, portanto, dá os indícios necessários para que pensemos que a relação do melancólico com a alteridade fica comprometida, como dito num momento anterior.

Para este sujeito, que dispõe de pouca proteção psíquica, o objeto invade o psiquismo e então é incorporado por ele. Na reação melancólica à perda é como se houvesse um tipo de fratura na estrutura egóica e então o indivíduo é afetado, em sua constituição, afetado como um sujeito do inconsciente. “A imagem do objeto amado, desejado e perdido, que o eu entristecido agora torna sua, é na verdade sua própria imagem, que ele havia investido como sendo a

imagem do outro. O Eu não encontra outra pele senão a anteriormente amada, porque, ao amá-la, refletia-se nela e amava a si mesmo” (Nasio, 1997, pág. 122).

Aqui, é possível tecer mais um comentário a respeito do caso da paciente I. Ela, ao sofrer a perda do filho sofre a frustração de não ter ‘conseguido salvá-lo’, e a partir dessa dolorosa frustração procura outros vínculos na qual não se sinta tão impotente e incapaz, num movimento de reparação narcísica. Encontra no cuidado de seus animais o vínculo perfeito, e até mesmo nega que qualquer problema ocorra nessa relação impecável, como se assim negasse a alteridade, mesmo tendo o registro psíquico dela. Suas ‘desatenções’ e ‘deslizes’ dão indícios claros dessa recusa.

Retomando os aspectos teóricos, o Eu seria formado por uma sucessão de identificações que são transformações de tais investimentos de objeto e “No final das contas, o narcisismo secundário se define como o investimento libidinal (sexual) da imagem do Eu, sendo essa imagem constituída pelas identificações do eu com as imagens dos objetos” (Nasio, 1997, p. 59). Perdendo-se um destes pilares que sustentam o Eu, todo o sistema pulsional é afetado e exige que o indivíduo dê conta de sua organização. A desorganização pulsional que ocorre com a perda do objeto de amor requer e necessita, neste momento, portanto, do amparo do narcisismo e das forças do Eu. Eles são responsáveis por proteger o psiquismo do excesso de excitações vividos pela experiência da perda e do risco de fragmentação do Eu a partir da mesma, num movimento de autopreservação.

“Um Eu que não teve um bom investimento narcísico será um Eu fragilizado e se sentirá enormemente ameaçado e desamparado frente às decepções da realidade.” (Zuanella, 2016, p. 64). A partir disso, podemos inferir que a experiência da perda, por operar como uma experiência traumática, que pela sua intensidade, ao menos num primeiro momento, fica à mercê da pulsão de morte e do narcisismo - que o defende dos ataques externos e protege sua

integridade. Todavia, percebe-se que o narcisismo atua de maneira complexa para a defesa do Eu cuja finalidade é evitar de pôr em risco a integridade e a constância deste sujeito.

O que podemos inferir a partir das colocações acima, portanto, é que a identificação narcisista que o melancólico possui com o objeto perdido é uma forma de sobrevivência psíquica, uma defesa do Eu contra a falta de integridade. Isso é o que a diferencia do recalque que gera o sintoma (que é uma defesa contra algo ou uma ideia que o Eu não pode tolerar) e também da posição psicótica, cuja relação com a alteridade não é a de identificação primária com o Eu Ideal como no melancólico. No posicionamento subjetivo psicótico, a separação Eu-Outro não existe, ou melhor, não há registro psíquico de alteridade. No melancólico gera angústia que demanda a identificação com o objeto como mecanismo de defesa.

Nesse ponto também se torna necessário reafirmar novamente a importância das relações tanto do paciente C quanto da paciente I com os Ideais. No caso de C ao ficar identificado com os ideais parentais, oferecendo-se como objeto de gozo (principalmente da mãe, que o tem como instrumento de negociação com o amante) C abre mão de sua via desejante como forma de manter-se amado por ambos. Já I não tolera o fato de não ser amada ou ser reprovada pelo outro (ou melhor, não corresponder ao Ideal) que a coloca numa posição de recusa rebelde à alteridade e com isso ela procura e lida com seus objetos de amor de forma com que ela não precise lidar nem com a rejeição e nem com a diferença. Seus lapsos repetidos sintomaticamente e o registro de alteridade a colocam no plano da neurose, entretanto a forma como vivencia as perdas e as frustrações mostram um mecanismo de defesa parecido com a da melancolia.

Num momento posterior trataremos de melhor esclarecer do que se trata a vivência melancólica da perda. Neste ponto do trabalho faz-se necessário dissecar a importância dos mecanismos de defesa e do narcisismo no que tange à vivência do luto. Green (1998) aponta que, para seguir num caminho de coerência teórica tanto quanto fenomenológica que parte da

experiência da clínica, é possível postular a existência de um narcisismo negativo. Esse dito narcisismo negativo não atuaria exatamente em direção à autopreservação de acordo com o que foi citado anteriormente como sendo a força relacionada à pulsão de vida do narcisismo, mas sim no sentido da aniquilação: “Inversamente, o narcisismo negativo dirige-se à inexistência, ao vazio(...)” (p. 41). Todo o psiquismo ficaria, então à disposição dessa força mortífera cuja tendência é a de se direcionar para o ‘nada’, para a aniquilação psíquica.

Retomando algumas colocações realizadas anteriormente, é possível concluir que isso que o autor denomina como narcisismo negativo pode ser visto e evidenciado nos momentos de luto, na depressão e na melancolia, em função de alguns fenômenos comuns em cada um dos processos, como por exemplo a falta de vontade de viver, o sentimento de vazio, a falta de sentido na vida, a culpa, etc. Também a partir do que foi exposto nas linhas anteriores, torna-se possível inferir que essa força negativa do narcisismo citada por Green é conectada à pulsão de morte. Para melhor esclarecer a importância da pulsão de morte nos temas trabalhados até aqui – e também como a experiência do luto pode ser vivida como um evento traumático para o sujeito), na sequência serão sistematizadas teoricamente as relações entre a pulsão de morte, o luto e a melancolia.

A importância de conectar o luto à uma experiência de trauma se faz necessária para colocar em foco também a importância do narcisismo e das defesas do Eu no que tange às capacidades do sujeito para lidar com as perdas e como o trabalho de luto desemboca num processo depressivo que pode ser tanto necessário como a única maneira com que o sujeito pode se situar frente à perda dadas as defesas que conseguiu desenvolver durante a vida. Os casos dos pacientes I e C nos mostraram que as defesas específicas de cada um (aqui podemos citar a produção de sintomas e o recuo depressivo) são de extrema importância na vivência do luto, e que a depressão que acompanhou cada um deles após a perda era o recurso possível para eles como sujeitos poderem elaborar as perdas.

4.1.2 PULSÃO DE MORTE, LUTO E MELANCOLIA

Freud, em 1920, postula que há no psiquismo uma força que atua no sentido contrário do princípio do prazer (que preza pela constância de excitação no psiquismo): a pulsão de morte. A partir da observação de brincadeiras infantis (o fort da), na qual a criança pela ação da brincadeira, repetia sequencialmente uma experiência claramente desprazerosa, mas ao mesmo tempo dirigia nela o controle e a agressividade à experiência: “Ao jogar o carretel, a criança transformava-se de passiva em ativa nessa experiência, e ao puxá-lo de volta, com grande júbilo, ela confirmava seu controle sobre a situação” (Kupermann, 2017, p. 61). Freud (1920) conclui, então, que no psiquismo há uma força que atua tanto para a elaboração da mesma (por meio da repetição da experiência) quanto para dirigir ódio e agressividade para o meio externo.

Kupermann (2017) nos esclarece ainda que esse era o modo de elaborar a separação inevitável com o primeiro objeto de satisfação. “Todo circuito posterior da perda, ou do que chamamos de ‘castração’, deve de algum modo estar referido à essa brincadeira, de modo que o sujeito não se encontre frente à uma situação traumática” (p. 61). Essa passagem, portanto, nos permite inferir que ao tratar da questão da pulsão de morte, também estamos tratando de questões relativas ao trauma.

Essa pulsão de morte, atuaria num sentido econômico, a fim de manter os níveis de excitação do psiquismo próximos do zero, o que em si contraria o princípio do prazer. Essa seria então a experiência mais completa de satisfação, sem nenhum tipo de sensação desprazer ou excitação psíquica. “Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior (...) sob a forma da pulsão de agressão ou destruição.” (Laplanche e Pontalis, 2001, p. 407). Sendo assim, vai no caminho paradoxalmente oposto ao das ligações amorosas: ao mesmo tempo que uma força libidinal se

esforça em manter o vínculo amoroso, as pulsões de morte seguem no sentido de desfazer e destruir tais ligações, em prol de um nível mínimo de excitação psíquica.

Os autores Laplanche e Pontalis (2001), também nos situam que como motivos mais evidentes para a proposição de uma pulsão de morte por parte de Freud seriam:

- 1 – Os fenômenos da compulsão à repetição
- 2 – A importância da agressividade, ambivalência e do par sadismo/masoquismo para a teoria psicanalítica
- 3- A impossibilidade de desconsiderar o ódio nas relações amorosas e de objeto

Todavia, de acordo com os autores (2001), essa força mortífera não atua senão ligada diretamente às pulsões de vida (da libido, da autopreservação, etc.).

Sendo assim, não há manifestações pulsionais que não sejam mistas (vida/morte). Conectando o que foi dito sobre a pulsão de morte à questão do luto, da depressão e da melancolia podemos inferir então que há uma interface estabelecida pela pulsão de morte entre o luto e a melancolia que determinam que tanto a perda de objeto na melancolia quanto no luto ocorre como um evento traumático, onde não há simbolização do vivido e a repetição atua de maneira que por meio dela haja possibilidade para dar significado e elaboração ao mesmo. Kupermann (2017 pontua que” O trauma seria, assim, inerente à própria constituição do aparelho mental, e provocado pela dimensão pulsional não inscrita psiquicamente pelos processos de simbolização” (p. 50)

O significante do *vazio* está presente nas três ocorrências, o que pode justificar uma confusão diagnóstica entre elas. A pulsão de morte também atuaria no contexto da melancolia e do trauma como um meio de defesa do psiquismo – no trauma para reduzir a intensidade da excitação que ocorre a partir do evento traumático, na melancolia para proteger a integridade do eu. Para que se esclareça a relação existente entre o luto e o trauma psicológico, é necessário, primeiramente que se tenha em mente que a grande operacionalizadora da compulsão à

repetição (de sintomas e revivescências de experiências traumatizantes) é então a pulsão de morte. Nos sujeitos traumatizados, a pulsão de morte opera no sentido de fazê-los reviver repetidamente o sentimento de angústia e as lembranças provenientes da experiência traumatizante, principalmente por meio de construções oníricas (Freud, 1920). Nota-se, portanto, que a experiência de dor vivida com a perda do ente querido, em parte dos casos, torna o processo de luto uma vivência semelhante à do trauma.

Encontra-se no Dicionário de Psicanálise Laplanche e Pontalis (2008) a definição de que o trauma acontece quando há um acontecimento na vida do indivíduo de grande intensidade emocional, que necessita de grande dispêndio de energia psíquica e o mesmo indivíduo é incapaz de reagir a este acontecimento de maneira adequada, em função da desorganização que este provoca no psiquismo. Tal comoção psíquica pode ser da dimensão física, moral ou de ambas.

Também segundo a definição de Laplanche e Pontalis, em termos econômicos, haveria um afluxo muito grande de excitações, e este seria intolerável para o psiquismo do indivíduo. Com isso, ele não teria capacidade para dominar e elaborar psiquicamente tais excitações. Segundo Outeiral (2003), encontra-se na obra de Masud Khan que, numa primeira fase da construção de conceito de trauma para a psicanálise,

O trauma era ‘basicamente’ concebido como (a) um fator ambiental que invade o eu e que o eu não pode enfrentar mediante ab-reação ou elaboração associativa e (b) como um estado de energia libidinal estrangulada que o ego não consegue descarregar. (Outeiral, 2003, pág. 17)

É possível concluir a partir da passagem, que, para que haja trauma num sentido mais restrito, não há ab-reação de vivência traumática, a mesma permanece no psiquismo como um ‘corpo estranho’, sem que haja elaboração e sem que haja um ‘fiador psíquico’, dado que toda experiência excitatória no psiquismo necessita de escoamento (ou no corpo ou por meio de reflexão, elaboração e simbolização deste vivido) para que em termos econômicos e segundo o princípio da constância que rege o funcionamento psíquico, o sujeito sempre tenha o mais

equilibrado possível seu estado de excitação. Sendo assim, é possível estabelecer que a experiência do luto pode funcionar no psiquismo como uma experiência traumatizante, que exige elaboração.

Pinheiro, Quintella e Vertzman (2010) situam que segundo Abraham e Torok o processo incorporação do objeto, que ocorre na melancolia “(...)se apresenta na subjetividade como algo que, ligado à experiência traumática, fica impossibilitado de se incluir, de se articular psiquicamente, manifestando-se de forma maciça, sem inscrição numa cadeia associativa.” (p. 151). Ou seja, por não ter inscrição simbólica, essa incorporação do objeto fica pedindo para ser simbolizada ou transformada em introjeção por meio da repetição da experiência traumática (que na melancolia é a auto recriminação e na depressão é a vivência constante do sentimento de vazio e o esvaziamento de sentido das experiências vividas). É nesse ponto onde se encontra a relação principal entre o trauma, a depressão e a melancolia: a compulsão à repetição.

4.2 DISTINÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS ENTRE O LUTO, A DEPRESSÃO E A MELANCOLIA

Para encerrar a discussão e a compreensão acerca dos casos atendidos, por último faz-se necessário, portanto, estabelecer de maneira melhor sistematizada as distinções teórico-clínicas entre luto, melancolia e depressão. Ao distingui-las pretende-se estabelecer de forma também melhor sistematizada a importância do narcisismo no que concerne às especificidades dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto que nos propusemos a dissecar por meio deste estudo. Os atendimentos dos pacientes I e C nos indicam que a depressão da qual se queixam já havia de alguma forma sido instaurada previamente à perda dos entes queridos e de alguma forma essa mesma depressão da qual se queixavam dizia respeito ao posicionamento subjetivo e os mecanismos de defesa que adquiriram no decorrer da vida.

Como dito anteriormente, o trabalho de luto é um processo e não um posicionamento subjetivo, o que por si só já estabelece a sua distinção em relação à depressão e à melancolia. Como ele ocorrerá e será vivenciado tem a influência da posição subjetiva do sujeito, mas como definição geral temos o luto como um processo de desinvestimento de libido de um objeto que se perde para que se direcione a outro que tenha potencial para substituí-lo. O que levou aos questionamentos levantados nessa pesquisa é que o luto muitas vezes não se concretiza e nem se conclui e fica eternizado no psiquismo do sujeito enlutado, estagnado numa paralisação do circuito desejante, o que se assemelha em muito à depressão que trabalhamos no momento em que se discutia o caso do paciente C.

O luto tem como função, de acordo com Freud, (re)inserir o sujeito no circuito desejante. É um trabalho de ligação e integração daquilo que solapa o sujeito e fica, momentaneamente, sem construção narrativa. Ele aparece como mola propulsora da simbolização e elaboração narrativa da perda, mediante reconstrução da dor psíquica. Em outras palavras, o luto tem por função matar o morto, dando a ele um lugar simbólico subjacente à elaboração, também simbólica, da perda. (Quintella, Pinheiro e Vertzman, 2010, p. 161)

Portanto, estabelecendo uma conexão entre o que foi exposto na passagem acima às considerações sobre a depressão e aos casos que pudemos atender, pode-se inferir que um processo de recolhimento subjetivo e desinvestimento externo é necessário no processo de luto, pois só assim é possível elaborar e dar significado à experiência de perda, então o vazio psíquico decorrente desse recolhimento tem potencial criativo e elaborativo. São movimentos psíquicos naturais do processo. E cada sujeito teria seu tempo próprio para realizá-los de acordo com sua posição subjetiva e a posição ocupada pelo perdido em sua estrutura psíquica.

Tanto C quanto I nos situam que para que o luto seja elaborado, é necessário um momento de reorganização psíquica, que inclusive se dá até mesmo pelas alterações ambientais que a perda coloca para o sujeito como por exemplo o fato de C ter ficado sem boa parte de seus recursos financeiros após a perda do pai e I ter ficado sem ter quem a ajudasse com coisas práticas do dia a dia após ter perdido o filho. A complicação existente para a realização do

trabalho de luto no caso do paciente C e a forma com que a paciente I encontra para lidar com a perda do filho (que de alguma forma também não permite que ela lide de fato com a perda que sofreu) nos mostram que algumas particularidades devem ser levadas em conta.

O que se observou tanto a partir dos atendimentos quanto da construção teórica realizada nessa discussão é que nos processos de luto que têm algum tipo de complicação para sua realização o objeto perdido tem uma função muito específica no psiquismo do sujeito, um lugar identitário deveras importante. No caso do paciente C, o pai lhe dava o lugar que ocupava na relação com o outro (o de filho bastardo). Já no caso de I vemos um posicionamento subjetivo um pouco mais complexo. I sente-se horrorizada ao não corresponder ao Ideal do outro, e em muitos momentos encontra-se sem defesas frente às frustrações. Em função do horror e surpresa que a tomam, ela lança mão de um mecanismo de defesa que estabelece um vínculo de duplo narcísico com seus animais. Com isso observamos que ela transita entre mecanismos de defesa melancólicos (a identificação narcisista) e mecanismos de defesa neuróticos (seus lapsos e desatenções). A depressão a que I se refere, por possuir características melancólicas, será denominada de melancolização.

A melancolização indica um estado, um primeiro momento que o sujeito atravessa após a perda do objeto investido, na tentativa de uma elaboração subjetiva de suas perdas, este processo é anterior ao luto e a melancolia. A partir desta passagem é que o paciente buscará uma mudança de posição como uma saída, seja ela para alcançar o luto, ressignificando o vazio deixado pelo objeto desinvestido, ou para permanecer na condição de ser melancólico, isto é, numa repetição que mantém o objeto junto a si. Nesta constante repetição, há um gasto, um trabalho psíquico incessante do sujeito que, investindo sobre aquilo que não mais possui, insiste em não perder o vazio que se instaura. (Carneiro, Figueiredo e Pereira, 2006, p. 24)

Como dito anteriormente, o sujeito melancólico é aquele cuja perda do objeto de amor ameaça a integridade do Eu, para tanto como mecanismo de defesa o Eu identifica-se com o perdido, o que deixa a relação do melancólico com a alteridade razoavelmente comprometida. No que chamamos de melancolização do processo de luto, o sujeito por não possuir defesas

suficientes para suportar a perda, o vivencia de maneira melancólica (identificando-se com o perdido), na qual não é possível realizar a inscrição e elaboração da perda.

Hegenberg (2010) situa que a angústia do melancólico, que ele denomina como sujeito de personalidade EL (estado limite) é a angústia de separação e a defesa desse sujeito contra a mesma é a identificação, o que faz com que o conflito do melancólico seja com o Supereu (e é a força do Supereu que empresta características melancólicas ao sujeito depressivo). Segundo o autor o que diferencia o psicótico do melancólico é tanto a angústia (que no psicótico é a angústia de fragmentação e não a de separação) quanto a relação do sujeito com a realidade: no psicótico o sujeito entra em conflito com a realidade em função da não inscrição da castração.

O melancólico de alguma forma passou e possui inscrição da castração. Sua característica específica que o diferencia do neurótico é que a defesa contra a castração do melancólico não é o recalque, mas sim a Identificação com o objeto de amor perdido por meio da incorporação (conceito já trabalhado anteriormente na página 61). Entretanto, mesmo tolerando a alteridade, os sujeitos que não conseguem ultrapassar o momento de luto vivem-no de maneira melancólica, como se houvessem perdido a referência de si a partir da perda do objeto, como uma ferida narcísica do Eu: é o que chamamos, portanto, de melancolização.

Essa característica de perder a si mesmo junto com o objeto perdido é que dá o tom melancólico na depressão decorrente do trabalho de luto no caso da paciente I e por isso o nome melancolização para este processo. Na depressão neurótica (que aqui podemos exemplificar a partir do caso do paciente C) observa-se a paralisação do circuito desejante como um posicionamento subjetivo frente à perda do Eu Ideal, já no que denominamos melancolização não há recursos subjetivos suficientes para proteger o sujeito da vivência traumática da perda. Minerbo (2014) nos situa que um dos mecanismos defensivos utilizados nos casos onde há o colapso narcísico da qual tratamos na melancolização são compulsões que visam estabelecer

próteses identitárias, que no caso de I é o trato com seus animais que trataram de reestabelecer seu narcisismo ferido.

Há, portanto, algo que conecta a depressão e a melancolia no processo de luto: a ‘perda de si’. Essa perda pode caracterizar-se seja pela perda do Eu Ideal, ao qual o sujeito de posicionamento depressivo clama ou a perda de um aspecto identitário que se torna a perda de um pedaço do Eu, como na resolução melancólica do luto. A diferença principal entre o posicionamento subjetivo da depressão e da melancolia é a relação com a alteridade. Na depressão os mecanismos de defesa não são tão primitivos quanto aos da melancolia. Tais mecanismos de defesa melancólicos dão a tonalidade traumática à experiência do luto e fazem com que a relação com a alteridade fique comprometida em função da identificação (que acontece por meio da incorporação do objeto e não da introjeção), mesmo havendo a inscrição da castração para o sujeito.

De qualquer forma o sofrimento depressivo no luto é de caráter narcísico, por isso a dificuldade em concluí-lo e isso pode ser observado no que foi dito anteriormente acerca da forma com que I e C vivenciaram seu luto. O papel da análise para estes sujeitos seria o de aos poucos restaurar o narcisismo ferido com a perda, para que o sujeito possa reinserir-se no circuito desejante e possa seguir em frente com a vida, apesar da perda.

Tal como o melancólico, mas por razões diferentes, o deprimido não faz o trabalho do luto. A função de separação e elaboração da perda não é colocada a termo, visto que a crença narcísica, objeto por excelência do sofrimento depressivo, opera seu efeito sintomático. E, com isso, deflagra a inoperância do sujeito frente à perda, à transitoriedade e à exigência de trabalho psíquico próprio do circuito desejante. O deprimido é, portanto, um nostálgico absoluto. Sua rendição ao narcisismo é de tal espécie que ele nega qualquer possibilidade outra que não seja aquela conflagrada pela crença narcísica. Nas depressões agudas não-melancólicas, o discurso é de uma perda de si. Mas, ao contrário da melancolia, é o discurso sobre a perda de uma imagem perfeita subjugada pelo assombro de sua própria transitoriedade. Não se encontra a ambivalência, a clivagem do eu; tampouco o conflito que sinaliza a fragilidade do ego melancólico e a identificação com o objeto. Nessas depressões não-melancólicas, portanto, o sujeito pranteia o que foi, numa reivindicação fixa de seu próprio modelo narcísico ideal. (Quintella, Pinheiro e Vertzman, 2010, p. 162)

Situamos aqui o luto experienciado por I como um luto com características melancólicas, o que deixa-nos entender que o luto vivido por ela se encontra no plano da melancolização. I possui os mecanismos de defesa da neurose (o que pode ser observado pela sintomática desatenção), entretanto nos momentos de perda e frustração ela lança mão de mecanismos de defesa primitivos melancólicos, o que nos aponta que o preparo subjetivo do sujeito para lidar com a perda é o que define como será vivido o luto. Já no caso do paciente C é possível concluir que sua posição depressiva frente à vida – de queixa por não corresponder à posição de Eu Ideal uma vez ocupada e de identificação aos ideais maternos - é que complica a realização do luto de seu pai, o que não o situa no plano da melancolização, mas sim de uma vivência de luto neurótica complicada pelas características depressivas prévias.

5 CONCLUSÕES

Dar um lugar de escuta para o sofrimento humano por vezes é algo desafiador e que exige do profissional que lida com o mesmo uma delicadeza e também uma precisão de escuta muito desenvolvidas. Na atualidade é muito comum ouvir como profissional e até mesmo nas relações pessoais com os outros: “estou com depressão” ou “tive depressão”. As perdas e lutos também são fatos que todos temos que lidar diariamente. Portanto, acolher o sofrimento que decorre disso é uma função além de tudo humana. Como profissionais temos de estar preparados para lidar com a intensidade do sofrimento do outro, e por isso o preparo por meio de recursos técnicos e teóricos faz-se muito importante.

O que causou a maior inquietação neste trabalho, foi perceber que um certo distanciamento humano se impõe quando é dado um lugar de normatização ao sofrimento, como se ao nos livrarmos de pensar e acolher o sofrimento estivéssemos nos aliviando da responsabilidade e da angústia que isso nos causa, ou melhor, livra-nos de um certo incômodo. A ‘terceirização’ mercadológica na lida com o outro é que gerou a indagação acerca dessa conduta social vigente e que serviu como fonte inspiradora para a realização deste estudo. Além do distanciamento e da ‘objetificação’ na lida com o sofrimento do outro, incômodo que nos levou a indagações, perceber a falta de olhar crítico acerca da realidade que nos circunda também foi mobilizador.

Toda a aceleração e robotização que o capitalismo impõe em prol do consumo e da produtividade parecem muito naturalizadas no discurso social e por isso foi necessário um retorno ao que há de mais humano: o psiquismo. Pensar no humano é pensar além de tudo em nossas próprias condutas, nos convida a uma autorreflexão. Kehl (2010) nos indica que “ao patologizar a tristeza, perde-se um importante saber sobre a dor de viver” (p 31). Estabelecer essa crítica social também nos relembra que a psicologia precisa debater com os outros saberes

(aqui podemos estabelecer um pequeno debate com a conduta médica), inclusive como forma de situar-se socialmente acerca dos mais diversos temas relevantes à sociedade como um todo.

É importante também lembrar que ao lançarmos um olhar crítico com relação à conduta social normatizadora acerca da depressão, estamos também deixando claro e delimitando que não podemos deixar de lado a importância do *pathos* no que diz respeito ao humano. Não podemos nos esquecer que de certa forma dando um lugar de dignidade a esse *pathos* estamos também respeitando as limitações e possibilidades da vida. Não é possível como humano viver num constante estado de felicidade, realização e plenitude.

As inquietações citadas acima que partiram da vivência dentro de um hospital geral e da lida com uma equipe multiprofissional bem como as observações clínicas da pesquisadora puderam encontrar algumas respostas a partir do estudo realizado. Com a realização do mesmo também foi possível agregar algumas outras observações e questionamentos importantes no âmbito clínico. Partindo do pressuposto estabelecido no método psicanalítico na qual a clínica é soberana, foi necessário a realização de uma pesquisa empírica que desse subsídios para uma discussão teórico-clínica acerca do objetivo que norteia o trabalho: as especificidades dos processos depressivos decorrentes do trabalho de luto.

Responder a esse objetivo teve principalmente a função de argumentação crítica frente à conduta social no que tange ao sofrimento psicológico – nesse trabalho o sofrimento decorrente da depressão principalmente, por sua alta taxa de diagnósticos e pela ostensiva medicalização a qual o sujeito depressivo está submetido, retira dele o estatuto de sujeito tão caro à psicanálise.

Como se sabe, o termo “depressão”, tal como outros que definem diversas manifestações psicopatológicas trabalhadas pela psicanálise, é originário da psiquiatria, e não da psicanálise. A depressão é hoje entendida amplamente pela psiquiatria como transtorno circunscrito, elevado à categoria de entidade clínica. (Quintella, 2016, p.66)

O ponto de partida dessa pesquisa foi realizar um rastreio acerca do histórico da conduta social no que tange à melancolia e à depressão para assim encontrar subsídios para assim poder estabelecer contrapontos com a visão da Psicanálise e da Psicopatologia Fundamental. Encontrou-se que visão psicodinâmica proposta por Freud se situa como um ponto crucial e um marco para um entendimento da melancolia ao defini-lo como um tipo de luto. Quintella (2016) situa que na melancolia para a psicanálise “(...)sobram motivos no sentido de destacá-la como patologia específicas, tanto em suas características discursivas, quanto nos aspectos psicodinâmicos e mesmo metapsicológicos presentes em sua descrição e abordagem teórico-clínica.” (p. 67)

Foi possível concluir a partir do estudo realizado que a especificidade do processo depressivo que decorre do trabalho de luto é um sofrimento de ordem narcísica, como foi hipotetizado no momento inicial da pesquisa. E qual seria então a importância e a particularidade do narcisismo nesse processo? O narcisismo tem papel estruturante e defensivo no que tange ao aparelho psíquico, portanto todo tipo de defesa frente a uma angústia (aqui a angústia causada pela perda) diz respeito a ele, como foi possível estabelecer na discussão dos casos atendidos. Além do narcisismo ser o responsável pelos mecanismos de defesa de cada sujeito é também a partir dele que se estrutura o eu como tal. Ou seja, a posição subjetiva de cada um diz respeito a questões relacionadas ao narcisismo, portanto a forma que cada um tem de lidar com as perdas tem relação com a estruturação do mesmo.

Falemos então sobre o que os atendimentos nos puderam mostrar sobre a questão proposta. O paciente C nos indicou que o narcisismo tem função determinante no que tange à sua posição depressiva, em função de seus fortes vínculos com os Ideais. Toda a produção sintomática do mesmo que operou como um obstáculo para a realização do luto de seu pai diz respeito à sua posição subjetiva, que nos indica o seu lugar de sujeito no mundo (No caso dele, o lugar de ‘filho bastardo’). “Na depressão, diferentemente da melancolia, o sujeito reconhece

a perda do objeto, contudo há um recuo defensivo, que nega qualquer possibilidade de transformação do eu ideal, ou de se lançar ao ideal do eu.” (Quintella, 2016, p. 67). Sendo assim, concluímos que o narcisismo tem posição crucial no que diz respeito à elaboração e subjetivação da perda e o sofrimento decorrente da depressão é da ordem narcísica de fixação infantil ao eu ideal.

Para realizar uma discussão teórica a partir das informações obtidas em atendimento retornamos ao aparelho psíquico Freudiano e à construção do Supereu. Com isso foi possível perceber que o mesmo nasce de uma recusa narcisista do Id em abrir mão da posição de Eu Ideal e a inibição a qual C sucumbe tem fundo narcísico. Em “O Eu e o Id” (1923) Freud estabelece que para não abrir mão dos objetos de amor (os pais) a criança se identifica com eles por meio do narcisismo secundário e incorpora-os na forma de Supereu, transformando qualitativamente o Eu Ideal em Ideal de Eu (que é a régua que o mesmo utiliza para julgar e avaliar o Eu). A queixa incessante de C por não corresponder a esse Ideal nos demonstra que há na posição subjetiva da depressão essa forte relação com o narcisismo, que é o fato desse sujeito reivindicar a posição Ideal para sempre perdida.

Já a paciente I nos confirma essa informação das relações entre o narcisismo e o processo depressivo decorrente do luto e ainda nos ensina que há uma forma ainda mais complexa e mais submetida às defesas narcísicas que a produção de sintomas depressivos, que é a melancolização. Para isso foi necessário buscar subsídios na teoria acerca do narcisismo e das relações entre o luto e a melancolia

A proximidade da melancolia com a depressão, principalmente no que se refere ao campo da psiquiatria, e o crescente número de casos de depressão diagnosticados na atualidade têm trazido a melancolia para o centro da discussão entre muitos psicanalistas, funcionando, algumas vezes, como modelo metapsicológico de leitura para outras formas de adoecimento (Santa Clara, 2007, p. 147)

É importante situar novamente que tratamos por melancolização, portanto, a defesa utilizada frente à realidade da perda do objeto, que I demonstra através de sua relação de duplo

narcísico com seus animais bem como a produção de um sintoma que recusa perceber aquilo que ela não pode tolerar saber. Também faz-se necessário frisar que ao abordar o tema da melancolia não era um objetivo diagnosticar os processos depressivos que decorrem o trabalho de luto em um quadro de melancolia, mas apontar que diante da perda de um ser amado, uma posição com características melancólicas pode ser assumida, como no caso de I ao não poder lidar com a perda.

Para cumprir com essa proposta retornamos às definições de narcisismo, melancolia e depressão e frisamos o papel defensivo do caráter narcísico dos processos depressivos que decorrem do trabalho de luto ao estabelecermos que o luto pode ser vivido de maneira traumática. A sistematização acerca da Pulsão de Morte e da angústia nos deram os argumentos necessários para tanto e também ainda deixaram mais evidentes que considerar a ordem narcísica no que tange ao sofrimento depressivo é de extrema importância ao clínico. “O conceito de narcisismo tenta explicar o investimento libidinal objetal que retorna para o eu e a identificação e pontua uma forma de recusa psíquica da realidade da perda do objeto” (Santa Clara, 2007, p. 137).

Foi possível também cumprir com os objetivos secundários propostos no momento inicial da pesquisa. No decorrer de toda a pesquisa, pudemos estabelecer as distinções entre o luto, a melancolia e a depressão pelo viés do narcisismo. Foi possível concluir a partir da construção e discussão teórico-clínica realizada neste estudo que a depressão da qual tratamos em ambos os casos atendidos tiveram características distintas. Em C pudemos observar uma depressão neurótica. No atendimento de I, mesmo que tenhamos observado a construção de defesas também neuróticas a partir de sintomas (no caso dela a desatenção), no que concerne às experiências de dor vividas pela paciente (a perda do filho e o soco que levou do aluno) as mesmas adquiriram uma tonalidade traumática, na qual a paciente utiliza-se de defesas

semelhantes às da posição subjetiva da melancolia, por isso entendemos que o processo depressivo no caso da paciente I é a melancolização.

A partir da sistematização das distinções teórico clínicas entre a neurose, a melancolia e a psicose e da análise de cada um dos casos foi possível concluir que o que define o processo depressivo que decorre do trabalho de luto é a posição subjetiva do sujeito, que possui origem no narcisismo. No caso do paciente C observou-se que a depressão foi instaurada previamente à perda, e no caso da paciente I ficou demonstrado que as defesas adquiridas durante o curso da vida não foram suficientes e fizeram com que ela vivenciasse o luto de forma traumática por meio de uma melancolização. Pretendemos com isso ressaltar que a particularidade de cada um e o estatuto de sujeito é determinante no tocante às possibilidades de realização do trabalho de luto.

As discussões que foram propostas por meio desse trabalho tiveram como objetivo também contribuir no que tange à escuta clínica dos sujeitos na atualidade e às novas possibilidades de interpretação e intervenção frente ao sofrimento que o psicanalista lida no dia a dia da clínica. Situar o narcisismo no campo do sofrimento contemporâneo é de ordem crucial para o alcance de uma escuta mais apurada e precisa das expressões de sofrimento da contemporaneidade. Os desafios clínicos que a mesma impõe ao psicanalista necessitam que haja cada vez mais recursos de escuta e intervenção clínica, o que nos faz também indicar a necessidade de mais estudos acerca da temática aqui trabalhada.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, N.; TOROK, M. (1985). A casca e o núcleo. São Paulo: Ed. Escuta.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014), Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, Porto Alegre: Artmed
- ARAÚJO, Maria das Graças. (2010). Considerações sobre o narcisismo. *Estudos de Psicanálise*, (34), 79-82. Recuperado em 06 de abril de 2018, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000200011&lng=pt&tlng=pt.
- BAUMAN, Zygmunt (1925), O mal estar da pós modernidade, Rio de Janeiro, Zahar, 1998
- BIRMAN, J (2014), O sujeito na contemporaneidade, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.
- CÂMARA, GABRIEL FERREIRA. (2010). A formação do eu e o poder da psicanálise. *Cógito*, 11, 20-25. Recuperado em 19 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792010000100004&lng=pt&tlng=pt.
- CAMPOS, E.B.V, (2013) Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da Unesp*, vol. 12. N. 1. Acesso em: <http://seer.assis.unesp.br/index.php/revpsico/article/view/3/2> Acesso em: 08 out 2014
- CARNEIRO, Henrique Figueiredo; FIGUEIREDO, Andréa Frota Sampaio; PEREIRA, Wlândia Guimarães. Recorte de melancolização e luto em um caso de histeria clássica a partir da resignificação de episódios de pseudo-epilepsia. *LatinAmerican Journal of Fundamental Psychopathology*, São Paulo, v. 6, n.2, p.16- 29, nov. 2006. Disponível em: . <http://132.248.9.34/hevila/Latinamericanjournaloffundamentalpsychopathology/2006/vol3/no2/3.pdf>
- COSTA, JURANDIR FREIRE (2012). Os sobrenomes da vergonha: melancolia e narcisismo. In: VERTZMAN, JULIO et al, **Sofrimentos narcísicos**, Rio de Janeiro: Cia de Freud, UFRJ
- FEDIDÁ, P; (1999); Depressão, São Paulo, Editora Escuta
- FIGUEIREDO, L. C.; & MINERBO, M. (2006). Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *J. psicanal.*, São Paulo, 39 (70). Recuperado em 08 de agosto, 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352006000100017&lng=pt&nrm=iso
- FREUD, S. (1888b). Histeria. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. I.

FREUD, S. (1892a). Rascunho A. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. I.

FREUD, S. (1893a). Rascunho B. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. I

FREUD, S. (1895|1894|b). ‘Sobre os Fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”’. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. III.

FREUD, S. (1894b). Rascunho E: Como se origina a angústia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. I.

FREUD, S. (1894b). As neuropsicoses de defesa. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. III.

FREUD, S. (1895b). Rascunho G – melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. I.

FREUD, S. (1898b). A sexualidade na etiologia das neuroses. In: Edição Standard das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 2006, vol. III.

FREUD, S. (1905b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, vol. VII.

FREUD, Sigmund (1908). Reflexões para os tempos de guerra e morte Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XIV, p. 285-316.

FREUD, Sigmund (1913). Sobre o início do tratamento. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v.XII, p. 123-133.

FREUD, Sigmund (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 2006, v. XIV, p. 77-108

FREUD, SIGMUND. (1917) Luto e melancolia. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XIV, p. 245-263, 1917/2006.

FREUD, Sigmund (1920). Além do princípio de prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. XVIII, p. 13-78, 1920/2006.

FREUD, Sigmund (1923). O ego e o Id. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 2006, v. XIX, p. 15 -51

FREUD, Sigmund (1924). A dissolução do complexo de Édipo. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago 2006, v. XIX, p. 191 – 199

FREUD, Sigmund (1932). Conferência XXXI: A Dissecção da Personalidade Psíquica. In: **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 2006, v. XXII, p. 63 – 84

GREEN, A. (1998) Narcisismo de vida Narcisismo de morte. São Paulo: Escuta.

HEGENBERG, MAURO (2010). Psicoterapia Breve, São Paulo: Casa do Psicólogo.

KEHL, MARIA.RITA. (2009). O tempo e o cão – A atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo

KLEIN, THAIS & HERZOG, REGINA. (2017). Inibição, sintoma e medo? Algumas notas sobre a Angst na psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(4), 686-704. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n4p686-5>

KUPERMANN, DANIEL (2017). Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático, São Paulo: Zagodoni

LAPLANCHE, J; & PONTALIS, J. B. (2001). Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes.

LEFÈVRE, F. (1983). A função simbólica dos medicamentos, *Rev. Saúde Pública*, S. Paulo, 17 :500-3

LIMA, A. F. , RICARTE, C. S., FILHO, A. A. O. R., PONTE, F. D. R., O Diagnóstico de depressão nas cinco edições do DSM: A hipertrofia da dimensão orgânica em detrimento dos aspectos psicossociais, *Revista FSA* [v.12, n.1, jan./fev. 2015](#)

LOPES, AURA LAGO (2001). Desejo e Culpa. In: Peres, Urania Tourinho, **Culpa**, São Paulo: Escuta.

MACHADO, A., MADRUCCI, G., & CREMASCO, M. (2017). DE ONDE FALA UM PSICANALISTA NO HOSPITAL? REFLEXÕES SOBRE O LUTO, A PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E A ÉTICA. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 5(1), 47-60. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/80/47>

MIGUELEZ, OSCAR M. (2007), Narcisismos, Ed. Escuta, São Paulo

MINERBO, MARION (2009). Neurose e Não-Neurose, São Paulo: Casa do Psicólogo

MINERBO, MARION. (2014). Sofrimento narcísico: diálogo com um jovem colega. *Jornal de Psicanálise*, 47(86), 207-223. Recuperado em 19 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352014000100018&lng=pt&tlng=pt.

MOREIRA, A, C, G; (2002), Clínica da depressão, Ed. Escuta, São Paulo

MOURA, A; NIKOS, I. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional: revista de psicanálise*, São Paulo, v. 13, n. 140/141, p.69-76, nov. 2000.'

OLIVEIRA, NADJA RODRIGUES DE, & TAFURI, MARIA IZABEL. (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(4), 838-850. <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000400007>

OUTEIRAL, J. & GODOY, L. (2003), Trauma: algumas abordagens. In: OUTEIRAL, J. & GODOY, L. **Desamparo e Trauma: transferência e contratransferência**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter Ltda.

PERES, U. T. (2003), Depressão e melancolia, Rio de Janeiro: Ed Zahar

PERES, U. T (org) (1996), Melancolia, São Paulo, Ed. Escuta

PINHEIRO, MARIA TERESA DA SILVEIRA, QUINTELLA, ROGERIO ROBBE, & VERZTMAN, JULIO SERGIO. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 147-168. Retrieved February 20, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652010000200010&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-56652010000200010

QUINTELLA, ROGÉRIO ROBBE. (2016). Depressão contemporânea e metapsicologia freudiana: pensando a neurose na atualidade. *Reverso*, 38(71), 65-73. Recuperado em 19 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100007&lng=pt&tlng=pt.

RADDEN (2006), Jennifer. *The Nature of Melancholy*, Nova Iorque: Oxford University Press.

REBELO, J. E. (2005) Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Rev. Análise Psicológica*, 4(XXIII), p.373-380. Disponível em <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/555/pdf>, acesso em 27 set 2016.

ROSA (2004), M. D., A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Rev. Mal-Estar Subj.*, Fortaleza , v. 4, n. 2, p. 329-348, set. 2004. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482004000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 ago. 2016.

ROSOLATO, GUY (1984). O Eixo narcísico das depressões. In: BIRMAN, J & NICÉAS, C. A, **O Objeto na teoria e na prática psicanalítica**. Rio de Janeiro: Campus

SANTA CLARA, Carlos José da Silva. (2007). Melancolia e narcisismo: a face narcísica da melancolia nas relações do eu com o outro. *Mental*, 5(9), 131-150. Recuperado em 19 de

fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000200009&lng=pt&tlng=pt.

SANTA CLARA, Carlos José da Silva. (2009). Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. *Mental*, 7(13), x. Recuperado em 19 de fevereiro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200007&lng=pt&tlng=pt.

VERTZMAN, J (1995), Tristeza e Depressão, Rio de Janeiro: Ed. Vozes

VORCARO, A. (2018) Transmissão e saber em psicanálise: (in)passes da clínica. In: VORCARO, A. , FERREIRA, T., Pesquisa e psicanálise: do campo à escrita, Belo Horizonte: Ed. Autêntica

WORLD HEALTH REPORT 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope

ZACHAR, Peter. Grief, depression, and the DSM-5: a review and reflections upon the debate. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 540-550, Sept. 2015. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142015000300540&lng=en&nrm=iso>. acesso em 20 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2015v18n3p540.9>.

SZASZ, T. (1920), Cruel Compassion: psychiatric control of society's unwanted, JOHN WILEY & SONS INC., Nova Iorque.

ZUANELLA, A, C (2016), Os caminhos da paixão amorosa e alguns de seus destinos patológicos. Dissertação de mestrado. Recife, Universidade Católica de Pernambuco